

August 2008

Forord

Den første Plan for Almen Praksis foreligger nu i Region Hovedstaden.

Almen praksis er borgernes indgang til det samlede sundhedsvæsen. Med udviklingen i befolkningen og behovet for en stadig større indsats omkring forebyggelse og kronikeromsorg vil den praktiserende læges indsats for at sikre sammenhængende patientforløb blive stadig mere betydningsfuld i det samlede offentlige sundhedsvæsen.

Praksisplanen består af tre dele, der beskriver


- hvordan borgerne sikres en lige og ensartet adgang til almen lægehjælp,
- hvordan samarbejdet mellem de forskellige aktører på sundhedsområdet fremmes, og
- hvordan der fremtidigt skal arbejdes med kvalitetsudvikling i almen praksis.

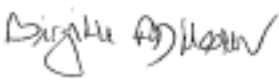
For at kunne leve op til praksisplanens målsætninger om serviceforbedringer, samarbejde og kvalitetsudvikling er det først og fremmest afgørende at sikre rekrutteringen af nye læger og fastholdelse af ældre læger. Derfor er rekruttering og fastholdelse et hovedemne i praksisplanen.

Det er med tilfredshed, at samarbejdsudvalget, efter en bred høring og efterfølgende godkendelse i både praksisudvalg og regionsråd, nu kan offentliggøre praksisplanen.

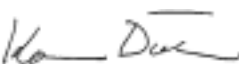
Det er samarbejdsudvalgets opfattelse, at planen udgør et godt grundlag for de beslutninger, der fremover skal træffes om udviklingen af almen praksis.


På vegne af Samarbejdsudvalget for Almen Praksis

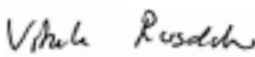

Dorte Halkjær
Medlem af Praksisudvalget


Birgitte Alling-Møller
Praksisudvalgsformand


Jens Hansen
Regionsrådsmedlem


Karin Dubin
Regionsrådsmedlem


Britta Due Andersen
Regionsrådsmedlem


Vibeke Rosdahl
Regionsrådsmedlem


Nina Berrig
Regionsrådsmedlem

INDHOLDSFORTEGNELSE

RESUMÉ	4
DEL 1 - KAPACITETSPLAN	4
DEL 2 - UDVIKLINGSPLAN	7
SAMARBEJDE OG SAMMENHÆNG I SUNDHEDSVÆSNET	7
UDVIKLING I ALMEN PRAKSIS	11
INDLEDNING	15
BAGGRUND	16
PLANLÆGNINGSGRUNDLAGET	16
UDARBEJDELSE AF PRAKSISPLANEN	18
DEL 1 - KAPACITETSPLAN	
1. BAGGRUND	21
1.1 NYE PLANLÆGNINGSOMRÅDER	21
2. KAPACITETEN I ALMEN PRAKSIS	24
2.1 LÆGEKAPACITETEN – I DAG	24
2.2 LÆGEKAPACITETEN – I FREMTIDEN	31
3. TILGÆNGELIGHED	35
3.1 TELEFONISK OG ELEKTRONISK TILGÆNGELIGHED	35
3.2 FYSISK TILGÆNGELIGHED	36
3.3 TILGÆNGELIGHED FOR HANDICAPPEDE	37
4. ADMINISTRATIVE RETNINGSLINJER	38
4.1 RETNINGSLINJER FOR PLACERING AF NYNEDSÆTTELSER	38
4.2 RETNINGSLINJER FOR FLYTNING AF PRAKSIS	39
4.3 JUSTERING AF KAPACITETEN VED NEDLÆGGELSE AF PRAKSIS	40
4.4 HÅNDTERING AF PRAKSISNEDLÆGGELSER	40
5. SÅRBARE OMRÅDER	41
5.1 DEFINITION AF SÅRBARE OMRÅDER	41
5.2 OPGØRELSE AF DE SÅRBARE OMRÅDER	42
6. SAMMENFATNING	45
DEL 2 - UDVIKLINGSPLAN	
1. DET SAMARBEJDEDE SUNDHEDSVÆSEN	46
1.1 SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALG	47
1.2 SAMORDNINGSUDVALG	47
2. INDSATSOMRÅDER PÅ TVÆRS AF SEKTORER	48
2.1 ALMEN PRAKSIS SOM TOVHOLDER	48
2.2 FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME	49
2.3 KRONISK SYGDOM	52
2.4 IT	53

3. SAMARBEJDE MELLEML ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNERNE.....	58
3.1 DIALOG MED KOMMUNERNE OM PATIENTBEHANDLINGEN	58
3.2 SAMARBEJDE MED KOMMUNERNE OM LOKALEFORHOLD	59
4. SAMARBEJDE MELLEML ALMEN PRAKSIS OG HOSPITALERNE.....	63
4.1 PRAKSISKONSULENTORDNINGEN.....	63
4.2 VISITATION	64
4.3 AKUTOMRÅDET	65
5. FORSKNING, KVALITETSUDVIKLING OG EFTERUDDANNELSE.....	66
5.1 RAMMER FOR FORSKNING.....	66
5.2 RAMMER FOR KVALITETSUDVIKLING OG EFTERUDDANNELSE	67
5.3 INDSATSOMRÅDER OG ANBEFALINGER	71
6. UDVIKLING AF YNGRE LÆGERS VIDEREUDDANNELSESFORLØB I ALMEN PRAKSIS – I ET REKRUTTERINGSPERSPEKTIV	76
6.1 STATUS.....	76
6.2 UDFORDRINGER	77
7. SERVICENIVEAU - REGIONALISERING AF LOKALE AFTALER.....	78
7.1 BAGGRUND	78
7.2 AKUTBETJENINGEN.....	79
7.3 LABORATORIEBETJENINGEN.....	79
7.4 KONSULENTORDNINGER.....	80
7.5 AFTALER VEDRØRENDE BEHANDLING OG DIAGNOSTIK	80
7.6 ØVRIGE AFTALER	82
BILAGSFORTEGNELSE	85

Resumé

Den foreliggende praksisplan for almen praksis består af to dele: en kapacitetsplan og en udviklingsplan.

Det er målet for kapacitetsplanen at tilvejebringe et grundlag for at opretholde en tilstrækkelig kapacitet i almen praksis, hvorfor kapacitetsplanen tillige indeholder en analyse af de faktorer, der danner grundlag for beslutningen om antallet af læger i regionen. Kapacitetsplanen fastlægger desuden principper for nynedsættelser samt flytning og nedlæggelse af praksis, som skal fungere som vejledende retningslinjer for administrationen af praksisforhold i planperioden.

Udviklingsplanen indeholder visioner og anbefalinger vedrørende almen praksis' rolle i forhold til samarbejde og sammenhæng i sundhedsvæsenet, herunder samarbejdet med hospitaler og kommuner i regionen. Dernæst indeholder udviklingsplanen visioner og anbefalinger for den fremtidige udvikling af almen praksis med henblik på at sikre en faglig høj kvalitet og et ensartet serviceniveau i almen praksis' betjening af regionens borgere.

Derudover omfatter den samlede praksisplan "Delplan vedr. rekruttering og fastholdelse i almen praksis", som er blevet udarbejdet og behandlet i samarbejdsudvalget den 30. marts 2007.

Såvel anbefalinger i den foreliggende plan som i delplanen vedr. rekruttering og fastholdelse vil indgå i en kommende implementeringsplan, der skal sikre, at praksisplanens samlede anbefalinger konkretiseres og udmøntes efter vedtagelsen.

DEL 1 - Kapacitetsplan

I henhold til Landsoverenskomsten om almen lægegerning skal praksisplanen bl.a. udarbejdes med henblik på at sikre en rimelig lægedækning, en rimelig fordeling af arbejdsbyrden samt et rimeligt driftsunderlag hos den enkelte alment praktiserende læge.

Kapacitetsplanen beskriver og tager stilling til en række forskellige forhold, der indvirker på kapaciteten i almen praksis. Først og fremmest handler det dog i planperioden om 1) at sikre administrative retningslinjer vedrørende praksisforhold og 2) at sikre en tilstrækkelig kapacitet i almen praksis.

Administration af praksisforhold

Strukturreformen medførte nye geografiske forhold for planlægningen i almen praksis, hvorfor der i praksisplanen sker en inddeling af regionen i nye planlægningsområder, der dels tilgodeser de nye forhold efter fusionsparternes sammenlægning, og som dels tilgodeser en samlet sundhedsplanlægning i regionen.

Desuden fastlægger praksisplanen principperne for nynedsættelser samt flytning og nedlæggelse af praksis som vejledende retningslinjer for administrationen af praksisforhold i planperioden.

Sikring af en tilstrækkelig kapacitet

Praksisplanen skal skabe et bedre belyst grundlag for den årlige fastsættelse af lægekapaciteter. I praksisplanen er derfor opgjort den nuværende arbejdsbelastning i almen praksis samt forventningerne til arbejdsbelastningen i planperioden. Det sker ved en fremskrivning af folketallet samt befolkningens sammensætning i planperioden.

Praksisplanen redegør for: Kapaciteten i almen praksis i dag, forventningen til udviklingen i kapaciteten i planperioden, tilgængeligheden i almen praksis herunder såvel den fysiske som den elektroniske tilgængelighed samt forventningerne til fremtidig lægemangel i regionen. Endelig identificerer praksisplanen, hvor i regionen det i planperioden bliver mest vanskeligt at rekruttere og fastholde læger – de såkaldte sårbare områder.

Praksisplanens analyser viser, at den gennemsnitlige lægedækning i kommunerne i dag honorerer landsoverenskomstens krav.

Analysen viser dog også, at arbejdsbelastningen i almen praksis er stigende. Dels er der en større ydelsesproduktion og flere kontakter til almen praksis, der ikke modsvares af en tilsvarende befolkningsudvikling. Dels ændrer befolkningssammensætningen sig i planperioden, således at der bliver flere ældre. Befolkningsgruppen over 70 år har et højere forbrug af lægeydelser, og de ydelser, der anvendes til denne gruppe af befolkningen, er samtidig dyrere.

Kombineres den stigende arbejdsmængde med en begyndende udfordring med lægemangel i almen praksis, fremstår en bekymrende udvikling. Halvdelen af regionens læger er over 55 år, og i visse områder i regionen er det blevet tiltagende vanskeligt at sælge sin praksis.

På denne baggrund har kapacitetsplanen defineret og opgjort, hvor de såkaldt sårbare områder findes i regionen. De sårbare områder er kendetegnet ved en befolkningssammensætning, der øger belastningen for de alment praktiserende læger, og det er derfor områder, hvor det kan være mindre attraktivt at nedsætte sig. Analysen viser, at især vestegnskommunerne er sårbare.

Endelig fremgår det af opgørelsen af tilgængeligheden, at især praksis i ”Byen” har ringe adgangsforhold for handicappede. For så vidt angår borgerens tilgængelighed til lægen er stigningen i e-mail konsultationer markant. Såvel

alment praktiserende læger som patienterne har således taget denne kommunikationsform til sig i perioden 2003-2006.

På denne baggrund anbefaler kapacitetsplanen følgende (der henvises i det følgende i parentes til de afsnit i planen, hvor anbefalingerne nærmere beskrives):

Praksisplanens anbefalinger vedr. administration af praksisforhold

Nye planlægningsområder

- *at samarbejdsudvalget* godkender at inddele i Region Hovedstaden i 4 hovedområder, således at befolkningsgrundlaget er tilnærmelsesvis ligeligt fordelt (1.1.1)
- *at samarbejdsudvalget* godkender at inddele regionen i planlægningsområder, der svarer til den pr. 1. januar 2007 nye kommune- og byområdefordeling (1.1.1).

Placering af nynedsættelser

- *at samarbejdsudvalget* fordeler nynedsættelser mellem planlægningsområderne ud fra lægedækningen i området og en konkret vurdering af områdets behov for kapacitetsudvidelse (4.1)
- *at samarbejdsudvalget* udbyder og tildeler nynedsættelser i henhold til landsoverenskomstens regler herom (4.1)
- *at samarbejdsudvalget* ved tildeling af kapaciteter kan beslutte, at nynedsættelser kan finde sted i et udviklingsområde eller tage hensyn til ønsket om etablering af flerlægepraksis (4.1).

Nedlæggelse eller flytning

- *at samarbejdsudvalget*, under hensyntagen til de i praksisplanen opgjorte kriterier for udvalgets skøn, udviser fleksibilitet i vurderingen af ansøgninger om flytning af praksis (4.2)
- *at samarbejdsudvalget* tager stilling til, om der er grundlag for at nedlægge eller flytte kapaciteter i forbindelse med de årlige lægedækningsberegninger (4.3).

Praksisplanens anbefalinger vedr. sikring af tilstrækkelig kapacitet i planperioden

Befolkningsudvikling

- *at samarbejdsudvalget* på baggrund af befolkningsprognoser, gør en særlig indsats for på langt sigt at sikre lægedækningen i lokalområder med betragteligt nybyggeri ved at indlede et forpligtende og dialogbaseret samarbejde med kommunerne, almen praksis og region (2.2.1)
- *at regionen, almen praksis og kommunerne* i forening arbejder aktivt for etableringen af flerlægehuse (2.2.1).

Udvikling i befolkningens sammensætning

- *at samarbejdsudvalget* ved den årlige fastsættelse af antallet af læger og fordelingen heraf tager højde for, at befolkningsandelen af ældre er stigende, og at dette har betydning for arbejdsbelastningen i almen praksis (2.2.3).

Lægemangel

- *at regionen* indleder en dialog med almen praksis om rekruttering og fastholdelse med henblik på at fremme produktivitetsudviklingen i almen praksis (2.2.5).

Tilgængelighed

- *at regionen* udarbejder en handlingsplan til forelæggelse for samarbejdsudvalget til opfølgning af ”Delplan vedrørende rekruttering og fastholdelse” (2.2.5)
- *at samarbejdsudvalget* følger op på landsoverenskomstens krav til tilrettelæggelsen af lægebetjeningen i dagtiden, herunder kravene til den telefoniske og elektroniske tilgængelighed (3.3)
- *at samarbejdsudvalget* i planperioden har fokus på, at lægernes telefoniske tilgængelighed forbedres (3.3)
- *at samarbejdsudvalget* sikrer, at alment praktiserende læger opfordres til at etablere tekniske og/eller organisatoriske løsninger med samarbejds- eller netværkspraksis i form af en telefonring eller lignende, der sikrer tilgængeligheden i almen praksis (3.3)
- *at regionen og almen praksis* i fællesskab, sammen med kommunerne, arbejder hen imod at forbedre adgangen for handicappede til almen praksis (3.3).

Sårbare områder

- *at regionen og praksisudvalget*, i løbet af planperioden, igangsætter en dialog med kommunerne i de sårbare områder om de fysiske rammer for almen praksis samt om samarbejdet mellem kommune og almen praksis (5.2.5)
- *at samarbejdsudvalget* sætter særligt ind i de sårbare områder med løsninger, der tilpasses de helt konkrete problemer og muligheder i området (5.2.5)
- *at regionen* afsætter ressourcer, herunder økonomi, til konkrete samarbejdsprojekter i de sårbare områder (5.2.5).

DEL 2 - Udviklingsplan

Samarbejde og sammenhæng i sundhedsvæsenet

De fleste patienter, der henvender sig i almen praksis, færdigbehandles, mens godt 10 % henvises til videre behandling et andet sted i sundhedsvæsenet. Dermed indtager almen praksis, foruden egen behandlerrolle, en vigtig funktion som visitator til den specialiserede behandling. Samtidig har almen praksis et udstrakt samarbejde med social- og sundhedsområdet i kommunerne, som er blevet endog mere omfattende med kommunernes nye opgaver på sundhedsområdet. Almen praksis har derfor en central position som tovholder i det samlede sundhedsvæsen.

Indsatsområder der går på tværs af sektorer

Sundhedsfremme, forebyggelse samt kronisk sygdom

Almen praksis møder borgeren i frontlinjen, hvilket giver almen praksis en unik mulighed for at påvirke borgernes levevaner og dermed forbedre sundhedstilstanden. Dette medfører, at almen praksis har behov for et udbygget samarbejde med både kommuner, hospitaler og psykiatrien vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse, samt at information om de forskellige forebyggelsestilbud i de øvrige dele af sundhedsvæsenet gøres let tilgængelig for almen praksis.

I almen praksis er der mulighed for at anvende en række nye ydelser med specifikke forebyggende formål. Praksisplanen foreslår, at ydelserne kan anvendes som et redskab for almen praksis til et øget samarbejde om forebyggelsesindsatsen med kommunerne. I tilslutning hertil foreslår praksisplanen implementering af fælles opfølgende hjemmebesøg hos ældre efter ud-

skrivning, idet et sådant tiltag vurderes at have positiv effekt på såvel patientbehandlingen som samarbejdet og koordineringen mellem almen praksis og kommunen samtidig med, at der kan opnås en samfundsøkonomisk gevinst. En tilsvarende gevinst er tænkelig i relation til andre udvalgte patientgrupper.

I regi af den patientrettede forebyggelsesindsats under sundhedsaftalerne mellem regionen og de 29 kommuner arbejdes med udvikling af sygdoms-specifikke patientforløbsprogrammer for kronisk sygdom. Af hensyn til implementering af godkendte forløbsprogrammer foreslår praksisplanen, at der sikres en strategi for udbredelse af viden i almen praksis om de enkelte patientforløbsprogrammer samt den aftalte arbejdsdeling.

It

Anvendelsen af it i almen praksis er vigtig både som kommunikationsværktøj og som kvalitetsudviklingsværktøj.

I relation til it som kommunikationsværktøj fastslår praksisplanen, at det er afgørende, at alle aktører i sundhedsvæsnet kan kommunikere via MedCom standarderne, så den nødvendige og tilstrækkelige information kan flyde uhindret mellem parterne og dermed understøtte koordinerede og sammenhængende patientforløb. Desuden skal it udbredes som kommunikationsredskab i forhold til patienterne, ikke mindst af hensyn til muligheden for at gøre kontakten til almen praksis mere fleksibel og dermed øge tilgængeligheden.

It er desuden et vigtigt kvalitetsudviklingsredskab. F.eks. har almen praksis via den digitale signatur og sundhed.dk adgang til en række kliniske data. I takt med en øget udveksling af patientdata gives mulighed for bedre opfølgning af de enkelte patientforløb også tværsektorielt, hvorved den kliniske kvalitet kan øges. Forløbsydelsen for diabetes er et eksempel på et område, hvor almen praksis kan få direkte gavn af opsamlingen af kliniske data i patientbehandlingen, idet lægen med tiden får mulighed for at kvalitetssikre behandling og kontrol af diabetespatienter i egen praksis. Diagnosekodning (ICPC-kodning), som er en forudsætning for anvendelse af diabetesydelsen, vurderes som et godt redskab til at opnå struktureret dokumentation og kvalitetsudvikling.

Til at understøtte it-anvendelsen i almen praksis er der, som i de tidligere amter og amtskommuner, etableret en regional datakonsulentordning. Det er forventeligt, at der fremadrettet kan blive behov for en udvidelse af ordningen, hvis samme serviceniveau for den enkelte klinik skal kunne opretholdes samtidig med udvidede indsatsområder.

Samarbejde mellem almen praksis og kommunerne

Det vurderes i praksisplanen at være hensigtsmæssigt for såvel kommuner som almen praksis, at dialogen mellem parterne udvikles, både vedrørende patientbehandlingen og vedrørende de fysiske rammer for almen praksis.

Vedrørende patientbehandlingen består samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne i en lang række forskellige kontakter, varierende fra dialog

vedrørende enkeltpatienters forløb til gensidig udveksling af information samt generel rådgivning og vejledning omkring udviklingen af nye kommunale sundhedstilbud. Imidlertid kan der peges på en række udfordringer for denne dialog og kontakt til kommunen. Der peges derfor i praksisplanen på, hvordan dialogen mellem almen praksis og kommunerne vil kunne fremmes ved etablering af kommunalt-lægelige udvalg og en kommunal praksiskonsulentordning.

Manglen på egnede lokaler til almen praksis vurderes at være en barriere for almen praksis' mulighed for at indgå i flerlægepraksis, at anvende praksispersonale, at indrette uddannelsespladser samt at indgå i lokalefællesskaber med andre faggrupper i større omfang end hidtil. Derfor er det en særlig udfordring at understøtte almen praksis i at finde egnede lokaler samt at øge samarbejdet vedrørende alternative organisatoriske former.

Kommunerne bør, ikke mindst af rekrutterings- og fastholdelsesmæssige årsager, have en interesse i at deltage i løsningen af denne udfordring. Derfor bør der sikres en tæt dialog med kommunerne herom. Praksisplanen foreslår en række konkrete initiativer i forhold til samarbejdet med kommunerne om lokaleforhold.

Samarbejde mellem almen praksis og hospitalsvæsenet

I relation til samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne er der en række temaer, som er centrale for at almen praksis kan medvirke til at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbet.

F.eks. er der, for at bidrage til at skabe helhed i patientforløb og for at styrke kommunikationen mellem hospitalerne og almen praksis, sat en proces i gang for at udforme en regional praksiskonsulentordning. Ordningen skal tilrettelægges således, at der skabes synlighed af resultater, hvilket forventes at understøtte praksiskonsulentordningens legitimitet såvel på hospitaler som i almen praksis.

Der er i almen praksis et ønske om en centraliseret visitationsordning, der kan modtage henvisninger, såvel akutte som elektive, fra almen praksis. Visitationen skal sikre en korrekt og effektiv fordeling af henvisninger til relevante hospitaler/afdelinger.

Endelig fremgår det af de politiske hensigtserklæringer for praksisplanlægning (Regionsrådet, september 2007), at praksissektoren ønskes inddraget i en kompetent enstrengt akutbetjening. For at almen praksis kan varetage den lægelige visitation af alle akut syge borgere i regionen, er det dog helt afgørende, at almen praksis har en høj tilgængelighed overfor akutte henvendelser i såvel dag- som vagttid, hvilket anbefalingerne nedenfor blandt andet adresserer.

Praksisplanens anbefalinger vedr. indsatsområder på tværs af sektorerne

Vedr. sundhedsfremme og forebyggelse samt kronisk sygdom

- *at samarbejdsudvalget arbejder for, at arbejdsdelingen mellem hospitaler, almen praksis og kommunerne tydeliggøres, herunder at forebyggelsestilbuddets omfang beskrives klart, da det er væsentligt, at ydelsens indhold er kendt af alle samarbejdsparter (2.2)*
- *at samarbejdsudvalget arbejder for en let tilgængelig præsentation af de relevante forebyggelsestilbud og – aftaler, f.eks. gennem en netbaseret tilbudsportaal via www.sundhed.dk, som kan nås af de alment praktiserende lægers linkmodul (2.2)*
- *at regionen søger at samarbejde med kommuner og almen praksis om implementering af fælles opfølgende hjemmebesøg ved udskrivning (2.2.2)*
- *at samarbejdsudvalget iværksætter et arbejde med henblik på at identificere eventuelt øvrige patientgrupper, der kan have særligt gavn af en ordning med fælles opfølgende hjemmebesøg (2.2.2.)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer at behovet for efteruddannelse i almen praksis i relation til implementering af forløbsprogrammer vurderes løbende (2.3.2).*

Vedr. it i almen praksis

- *at samarbejdsudvalget arbejder for at der via de nedsatte it-udvalg/grupper arbejdes på og følges op på handleplaner vedrørende kommunikationen mellem sektorer (2.4.1)*
- *at samarbejdsudvalget arbejder for at indtænke sikker kommunikation via MedCom-standarden mellem alle sektorer – herunder praksissektoren - ekspliciteres i arbejdet med regionens it-strategi (2.4.1)*
- *at samarbejdsudvalget arbejder for udvikling af klinisk kvalitet på tværs af sektorer*
- *at samarbejdsudvalget arbejder for, at brugerfladen på www.sundhed.dk fortsat udvikles med henblik på en større udbredelse af mediet (2.4.1)*
- *at samarbejdsudvalget følger udbredelsen af e-kommunikation med patienterne i planperioden (2.4.1)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at der fortsat arbejdes med datafangst og implementering af forløbsydelser i almen praksis (2.4.2)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at anvendelsen af ICPC-kodning styrkes og udbredes (2.4.2)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at datakonsulenternes samarbejde med de lægelige konsulenter styrkes med henblik på fortsat udvikling af brugen af it i almen praksis (2.4.3)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at datakonsulenterne inddrages i relevante kvalitetsudviklingsprojekter (2.4.3)*
- *at samarbejdsudvalget arbejder for, at datakonsulenternes viden indtænkes i arbejdet med udvikling af it-værktøjer i sundhedsvæsnet (2.4.3)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at der i planperioden gøres status på datakonsulentfunktionen med henblik på tilpasning af ordningen både i relation til opgaver og omfang (2.4.3)*

Praksisplanens anbefalinger vedr. samarbejde med kommuner og hospitalsvæsnet

Vedr. samarbejdet med kommunerne

- *at regionen i samarbejde med kommunerne arbejder for, at almen praksis via sundhed.dk har adgang til relevant og opdateret elektronisk viden inden for kommunens sundheds- og socialområde (3.1)*

- *at regionen sikrer, at der snarest muligt indledes en dialog mellem region, almen praksis og kommunerne med henblik på fremskaffelse af egnede praksislokaler (3.2.1)*
- *at regionen afsætter ressourcer, herunder økonomi, til at løfte regionens del af samarbejdet (3.2.1)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at der etableres en lokalebørs, hvor både ledige erhvervslejemål og evt. kommunale lejemål kan annonceres i sammenhæng med vikar- og kontaktbørsen (3.2.1)*

Vedr. samarbejdet med hospitalsvæsnet

- *at regionen og praksisudvalget sikrer, at der etableres en regional praksiskonsulentordning, hvor handleplan og mål for ordningen aftales mellem de involverede parter, med henblik på at synliggøre effekten af ordningen i såvel hospitalsvæsnet som i almen praksis (4.1.1)*
- *at regionen undersøger muligheden for, at der oprettes en regional visitationsordning for hospitalsindlæggelser, eventuelt forankret omkring hovedområderne (4.2)*
- *at regionen arbejder med muligheden for etablering af en enstrengt ordning, der døgnet rundt sikrer borgerne en betjening ved akut sygdom af høj kvalitet under samtidig hensyntagen til en effektiv ressourceudnyttelse (4.3.1)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at der arbejdes systematisk med at sikre kapaciteten og tilgængeligheden i almen praksis, både i dag- og vagttid (4.3.1)*
- *at regionen sikrer, at alment praktiserende læger aktivt inddrages i kortlægning og planlægning af den samlede akutbetjening af regionens borgere (4.3.1)*

Udvikling i almen praksis

Det er ønsket at skabe de bedste betingelser for, at almen praksis i Region Hovedstaden kan mestre de udfordringer, som følger af den aktuelle samfundsudvikling og udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen: Udviklingen af nye behandlingsmetoder, øgede forventninger blandt patienterne, ændring af patienternes sygdomsbillede.

Kvalitetsudvikling og efteruddannelse

Der er behov for, at almen praksis understøttes fagligt og organisatorisk til at spille den centrale rolle, som udviklingen i opgaverne lægger op til. Der sigtes mod en faglig og organisatorisk bæredygtighed, som indebærer, at såvel den enkelte praksis som almen praksis som helhed, tilbyder behandling og service af høj kvalitet, at ressourceudnyttelsen er effektiv, og at almen praksis er attraktiv både for patienter og læger. Det er en grundlæggende opfattelse i praksisplanen, at kvalitetsudvikling og efteruddannelse er redskaber, som skal bruges målrettet i en fremadrettet indsats for at opnå dette.

For at skabe de bedste rammer for arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse er der behov for at påvirke den enkelte praksis organisering. Der er behov for redskaber til udvikling af professionel ledelse og administration til organisationsudvikling af større organisationer med øget anvendelse af praksispersonale.

Samtidig med denne udvikling af de organisatoriske rammer i praksis skal der tages hånd om de faglige udfordringer, som nye modeller for behandling af kroniske patienter giver samt udredning af patienter med særligt ressour-

cekrævende problemer. Der peges på en fokuseret indsats for disse patientgrupper gennem kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

Medicinanvendelse er en fortsat udfordring for almen praksis. Rationel lægemiddelanvendelse er derfor fortsat et indsatsområde, der varetages af Medicinfunktionen for praksissektoren.

Kvalitet i behandlingen omfatter også patientsikkerhed. Der forventes i 2008 fremsat et lovforslag, som vil medføre pligt til indrapportering af utilsigtede hændelser (UTH) også for almen praksis. Der ligger i regionen erfaringer fra pilotprojekter omkring utilsigtede hændelser, som med fordel kan inddrages ved den kommende regionale organisering af UTH i almen praksis.

Til støtte for kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis fungerer en flerhed af konsulentordninger. Det er vurderingen, at de faglige og organisatoriske udfordringer, som samfundsudviklingen stiller almen praksis, medfører et behov for løbende at sikre optimal og målrettet anvendelse af konsulentressourcernes anvendelse herunder at sikre et indbyrdes samarbejde mellem de forskellige konsulentordninger.

Delplan om rekruttering og fastholdelse

Delplanen om rekruttering og fastholdelse blev behandlet i Samarbejdsudvalget for almen praksis den 30. marts 2007. Samarbejdsudvalget afgav bl.a. bemærkninger til de anbefalinger, som tilsigter at øge rekruttering til almen praksis gennem en kvalitetsudviklingsindsats omkring de yngre lægers videreuddannelsesforløb, og ønskede at en status medtages i praksisplanen. Praksisplanen påpeger på baggrund af denne status behovet for øget koordinering af indsatsen.

Serviceniveau - regionalisering af lokale aftaler

Det er regionens mål, at borgerne skal have lige adgang til undersøgelse og behandling, uanset hvor i regionen de bor. Ud fra dette princip skal lokalaftaler, som er videreført fra de fusionerede organisationer, vurderes med henblik på en evt. regionalisering, således at såvel borgere som almen læger sikres et ensartet tilbud i hele regionen.

I praksisplanlægningen er foretaget en gennemgang af de aftaler, som endnu ikke er vurderet, med henblik på lige adgang til undersøgelser og behandling for borgere og læger. For en række af disse aftaler er der behov for en nærmere undersøgelse af grundlaget for aftalerne før endelig stillingtagen til en evt. videreførelse. Enkelte aftaler vurderes at kunne opsiges som følge af ændrede behandlingsmønstre.

På denne baggrund anbefaler praksisplanen følgende:

Praksisplanens anbefalinger vedr. forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse

Overordnet

- at *region og praksisudvalg* har fokus på, at der i almen praksis skabes incitamenter til fortsat forskning og videndeling (5.2)

- *at samarbejdsudvalget sikrer, at kvalitetsudvikling og efteruddannelse bruges målrettet i en fremadrettet indsats for at skabe en udvikling mod en bæredygtig almen praksis (5.3)*

Vedr. udvikling af praksis' drift og organisering

- *at regionen fortsætter sit engagement vedr. udvikling og udbredelse af metoder til: Organisationsudvikling af praksis, professionalisering af praksis' drift og anvendelse af brugerundersøgelser (5.3.1)*
- *at regionen i planperioden afsætter ressourcer til en undersøgelse af anvendelsen af praksispersonale (5.3.1)*

Vedr. kronisk syge patienters behandling

- *at regionen sikrer, at almen praksis aktivt involveres i udarbejdelse og implementering af modeller for kronikerbehandling, som de formuleres i regionen (5.3.2)*
- *at samarbejdsudvalget understøtter implementering af diabetes forløbsydelsen gennem efteruddannelses tiltag og kvalitetsprojekter (5.3.2)*

Vedr. særlige patientgrupper

- *at samarbejdsudvalget kortlægger problemstillingerne omkring særlige patientgrupper og vurderer mulighederne for bedre at varetage disse problemer gennem kvalitetsudvikling og efteruddannelse (5.3.3)*

Vedr. kvalitet i medicinanvendelsen

- *at samarbejdsudvalget sikrer, at medicinfunktionens aktiviteter i planperioden udvikles på baggrund af løbende evalueringer af indsatsen (5.3.4)*
- *at samarbejdsudvalget arbejder for, at der i planperioden er fokus på koordinering mellem sektorerne af anbefalinger og vejledninger på medicinområdet (5.3.4)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer en evaluering af den treårige aftale om honorering for medicin gennemgang hos polyfarmacipatienter, inden udløb i 2009, med henblik på effekt (5.3.4)*

Vedr. patientsikkerhed

- *at samarbejdsudvalget sikrer at der, som forberedelse til det forventede lovkrav om rapportering af utilsigtede hændelser (UTH) i almen praksis, sker en erfaringsopsamling fra pilotprojekter på området (5.3.5)*
- *at regionen sikrer, at evalueringen af UTH-projekterne inddrages i implementering af lovkravet (5.3.5)*

Vedr. konsulentressourcer

- *at regionen og praksisudvalget løbende foretager vurderinger af konsulentressourcernes omfang og anvendelse, med henblik på målrettet anvendelse, der tager højde for nye opgaver i praksis (5.3.6)*

Praksisplanens anbefalinger vedr. udvikling af yngre lægers videreuddannelsesforløb i almen praksis

Vedr. delplan om rekruttering og fastholdelse

- *at samarbejdsudvalget løbende følger op på anbefalingerne fra delplan om rekruttering og fastholdelse, omtalt i praksisplanen, med henblik på en statusredegørelse en gang årligt (6.2)*
- *at samarbejdsudvalget arbejder for, at der aftales en tilskudsordning til etablering af nye uddannelsespladser i almen praksis. En tilskudsordning, hvor tilskud kan ydes til dækning af udgifter vedr. den fysiske arbejdsplads, til læger under videreuddannelse (6.2)*

Anbefalinger vedr. serviceniveau – regionalisering af aftaler

Vedr. akutbetjeningen

- *at samarbejdsudvalget sikrer, at der fortsat arbejdes med service- og kvalitetsmål i lægevagten via lægevagtsudvalget (7.2)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer at der i planperioden foretages en analyse af lægevagten funktion med henblik på vurdering af muligheder for forberedelse af lægevagten til at indgå i en fremtidig enstrengt akutbetjening (7.2)*

Vedr. laboratorietjeningen

- *at regionen inddrager almen praksis' ønsker og behov i tilrettelæggelsen af laboratorietjeningen i regionen (7.3)*
- *at regionen i arbejdet med tilrettelæggelsen af den fremtidige laboratorietjening sikrer, at der skabes lige adgang til service og tilbud for alment praktiserende læger og borgere (7.3)*

- *at samarbejdsudvalget arbejder for, at der sikres ensartede kvalitetssikringsordninger i laboratoriebetjeningen i hele regionen (7.3)*

Vedr. konsulentordninger

- *at region og praksisudvalg sikrer, at der udarbejdes aftaler om honorering for ansættelse i alle konsulentfunktioner, herunder bestemmelser om kørselsgodtgørelse (7.4)*
- *at region og praksisudvalg arbejder for, at samarbejdet mellem konsulentordninger i henholdsvis region og kommuner udbygges i planperioden (7.4)*

Vedr. aftaler om behandling og diagnostik

- *at samarbejdsudvalget sikrer, at der foretages en vurdering af aftalerne om demensudredning med henblik på regionalisering (7.5.2)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at vurdering foretages med fokus på muligheder for smidig diagnostik, herunder muligheder for at almen praksis kan henvise direkte til CT-scanning (7.5.2)*
- *at regionen arbejder for, at der påbegyndes en tværsektoriel analyse af kapacitet og efterspørgsel indenfor relevante billeddiagnostiske ydelser (7.5.3)*
- *at regionen sikrer, at der påbegyndes en tværsektoriel analyse af kapacitet og efterspørgsel indenfor relevante patologiske ydelser (7.5.3)*
- *at samarbejdsudvalget derefter sikrer, at relevante aftaler med praktiserende speciallæger indenfor patologi vurderes med henblik på regionalisering (7.5.3)*

Vedr. øvrige aftaler

- *at samarbejdsudvalget sikrer, at behovet for en særlig aftale vedrørende hepatitis B til udsatte grupper undersøges nærmere med henblik på stillingtagen til afgrænsning af patientgrupper og evt. regionalisering af aftalen (7.6.1)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at aftalen om en arbejdsmedicinsk vandrejournal opsiges (7.6.2)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at aftalen med Rigshospitalet opsiges (7.6.4)*
- *at regionen sikrer, at huslægeaftaler og aftaler om henvisningsydernumre gennemgås i dialog med samarbejdspartnerne med henblik på standardisering, herunder behov for ændringer betinget af strukturreformen (7.6.5)*
- *at samarbejdsudvalget sikrer, at deltagelsen i børneundersøgelser- og vaccinationsprogrammet analyseres med henblik på at sikre bedst mulig sundhed for den opvoksne generation i alle områder af regionen under hensyn til en optimal ressourceanvendelse (7.6.6)*
- *At samarbejdsudvalget tager stilling til en hensigtsmæssig og faglig relevant opgørelse over dækningsgraden for MFR-vaccination, herunder mulighed for øgning af denne (7.6.7)*

Indledning

Almen praksis har en central funktion i det samlede sundhedsvæsen. Det er den naturlige primære kontakt for borgerne og det sted, hvor de fleste sundhedsmæssige problemer færdigbehandles. Endvidere har almen praksis en rolle som visitorator for borgere med behov for supplerende behandling i sundhedsvæsenet.

Samtidig står almen praksis overfor en række udfordringer i de kommende år. Lægemangel, flere patienter med kronisk sygdom, flere ældre, omlægning af sundhedsopgaverne såvel i hospitalsvæsenet som i kommunerne og øgede krav om kvalitet og specialisering i behandlingen er udfordringer, der medfører behov for et særligt fokus på at styrke almen praksis i den kommende tid.

Derfor er der med indeværende plan sat fokus på udvikling af almen praksis i Region Hovedstaden inden for 3 overordnede temaer, som samtidig afspejles i inddelingen af praksisplanen i to dele:

Del 1 – Kapacitetsplan

- Kapaciteten i almen praksis, herunder sikring af en rimelig lægedækning i hele regionen.

Del 2 – Udviklingsplan

- Udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen, herunder hospitaler og kommuner
- Udvikling af almen praksis, herunder sikring og udvikling af faglig høj kvalitet i almen praksis.

Praksisplanen er, i henhold til Landsoverenskomsten om almen lægegerning (herefter landsoverenskomsten), udarbejdet af Samarbejdsudvalget for almen praksis og er således blevet til i et samarbejde mellem Region Hovedstaden og Det Regionale Praksisudvalg for Hovedstaden. Planperioden er 2008-2011, idet der skal udarbejdes en ny praksisplan minimum hvert 4. år. Samarbejdsudvalget kan i den mellemliggende periode foretage nødvendige justeringer af planen.

Forud for udarbejdelsen af praksisplanen er der foretaget en høring af de alment praktiserende læger i Region Hovedstaden via en spørgeskemaundersøgelse. Samtlige alment praktiserende læger har derved haft lejlighed til at tilkendegive holdninger samt ønsker til planperioden.

Praksisplanen skal både ses i sammenhæng med Regionsrådets politiske hensigtserklæringer for praksissektoren (se bilag 1) og de alment praktiserende lægers ønsker til udvikling af almen praksis i den kommende planperiode.

Efter vedtagelsen af praksisplanen forudsættes udarbejdet en implementeringsplan, der skal sikre, at praksisplanens anbefalinger konkretiseres og udmøntes. Implementeringsplanen vil på denne måde komme til at fungere som et dynamisk arbejdsredskab for Samarbejdsudvalget.

Foruden indeværende plan for almen praksis er der i efteråret 2006 udarbejdet en delplan vedrørende rekruttering og fastholdelse (se bilag 2 til planen), som indgår i den samlede praksisplan for almen praksis i Region Hovedstaden. Enkelte anbefalinger er allerede effektueret eller indeholdt i den foreliggende praksisplan. De øvrige anbefalinger fra delplanen vil ligeledes indgå i den kommende implementeringsplan.

Baggrund

Den alment praktiserende læge er selvstændig erhvervsdrivende, der driver praksis på grundlag af Sundhedsloven og Landsoverenskomsten forhandlet mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation, samt § 2-aftaler¹ indgået i relation til landsoverenskomsten. Den enkelte praktiserende læge har, under ansvar overfor landsoverenskomstens regler, selv ansvaret for driften af sin virksomhed, herunder økonomien i praksis. Landsoverenskomsten fastlægger regler for, hvilke ydelser lægen skal levere til sine patienter.

Den seneste landsoverenskomst om almen lægegering blev indgået med ikrafttræden den 1. april 2006. En række nye bestemmelser i landsoverenskomsten lægger sporene for en udvikling af almen praksis' rolle i behandling af patienter med kronisk sygdom, idet forløbsydelser og forebyggelsesydelser giver mulighed for en ny og styrket indsats overfor disse patienter, samtidig med at der i relation til strukturreformen sigtes mod et tættere og mere forpligtende samarbejde mellem region (hospitaller og praktiserende læger) og kommuner.

Planlægningsgrundlaget

Landsoverenskomstens planbestemmelser

Af landsoverenskomsten fremgår, at samarbejdsudvalget udarbejder en praksisplan for almen praksis minimum hvert 4. år.

Overenskomstens bestemmelser har overordnet til formål at sikre en passende dækning med praktiserende læger i regionen. Det fremgår endvidere, at planlægningen i øvrigt skal baseres på de planlægningsforudsætninger, der anvendes i regionens sundhedsvæsen².

¹ § 2-aftaler er lokale aftaler, der kan indgås jf. overenskomstens § 2, og kan vedrøre ændringer eller udvidelser i forhold til overenskomstens bestemmelser.

² Bestemmelser for hvordan praksisplanlægning for almen praksis foretages, indgår i "Landsoverenskomst for almen lægegering" Kapitel III. Yderligere retningslinjer beskrives i "Vejledning om praksisplaner og årlig fastsættelse af lægedækningen" fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Landsoverenskomsten kræver endvidere, at praksisplanen forholder sig til:

- Rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger
- Forskellige praksisformer
- Rimelig fordeling af arbejdsbyrden blandt lægerne.

Samtidig er det et krav i landsoverenskomsten, at der inden praksisplanens udarbejdelse sker en høring af regionens læger vedrørende deres ønsker til og behov i planlægningsperioden. Høringen er foregået i form af en spørgeskemaundersøgelse. Samtlige alment praktiserende læger har derved haft lejlighed til at tilkendegive ønsker og holdninger til planperioden. I alt 407, svarende til knapt halvdelen, af alment praktiserende læger har svaret på spørgeskemaet. Der er planlagt udarbejdet en afrapportering af spørgeskemaundersøgelsen, som forelægges samarbejdsudvalget særskilt.

Derudover bygger praksisplanen på resultater og erfaringer fra de hidtidige praksisplaner udarbejdet af regionens fusionsparter.

Endelig omfatter praksisplanen også den tidligere udarbejdede 'Delplan vedr. rekruttering og fastholdelse'³, som er behandlet på samarbejdsudvalgets første møde den 30. marts 2007. Enkelte anbefalinger fra denne delplan er effektueret eller igangsat, andre er indeholdt i den foreliggende praksisplan.

Øvrig sundhedsplanlægning i regionen

Som ovenfor beskrevet indgår praksisplanen i den samlede plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet.

Sundhedsplanlægningen og dermed også praksisplanen bygger overordnet set på de "Sundhedspolitiske hensigtserklæringer", som blev vedtaget i Forberedelsesudvalget for Region Hovedstaden den 14. november 2006. Derudover har Regionsrådet i september 2007 formuleret politiske krav og ønsker til praksisplanlægningen. Disse politiske hensigtserklæringer for praksissektoren refereres kort herunder, men i øvrigt henvises til bilag 1 bagerst i planen.

Overordnet er det ønsket, at praksissektoren skal understøtte helhedstænkningen i det samlede sundhedsvæsen, og at praksissektoren skal indtage en central placering i det samarbejdende sundhedsvæsen, både i relation til samarbejdet med kommuner og hospitaler.

Hensigtserklæringerne sætter fokus på:

- Kvalitet: For at sikre de gode sammenhængende patientforløb skal helheden i patientforløbet kunne dokumenteres og anvendes til at sikre en samlet høj kvalitet.
- Organisatoriske forhold: Der skal skabes bedre muligheder for organisationen af praksissektoren i større enheder.

³ Et protokollat til overenskomsten (Protokollat af 24-01-2006 vedrørende forberedende regionale samarbejdsudvalg) fastsætter, at den del af praksisplanen, som vedrører rekruttering og fastholdelse, skulle udarbejdes i løbet af 2006.

- Faglig udvikling: Høj kvalitet i behandlingen kræver stærke faglige miljøer.
- Tilgængelighed: Borgerne skal have fri og lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau.
- Akutberedskab: Praksissektoren skal indgå i en kompetent enstrenget akutbetjening.

Regionsrådet udtrykker med disse hensigtserklæringer forventning om, at udvikling af kvaliteten i faglige ydelser og service overfor patienterne vil få bedre betingelser ved organisering af praksis som større enheder, dvs. flerlægepraksis, som ønskes fremmet jævnfør punkt 2.

Foruden landsoverenskomstens rammer og regionens øvrige sundhedsplanlægning tager praksisplanen højde for de overordnede planer og udviklingsarbejder, som varetages i regi af Danske Regioner (f.eks. Rammeprojekt for Almen Praksis) samt tiltag fra Sundhedsstyrelsen (f.eks. vedr. behandlingsmodeller og forløbsprogrammer for kronisk syge m.m.).

Overordnede målsætninger for praksisplanen

Hverken overenskomsten, lovgivning eller andre centrale aftaler fastsætter rammer for udarbejdelse af visioner eller målsætninger for almen praksis.

Imidlertid har samarbejdsudvalget besluttet, at praksisplanen har til *overordnet formål*:

- At sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af almen praksis i Region Hovedstaden, herunder sikre en udvikling mod et ensartet serviceniveau, samtidig med at praksisplanlægningen bør rumme mulighed for målrettede indsatser i områder med særlige behov.
- At der fastlægges målsætninger og temaer for udvikling af almen praksis for de næste 4 år (jf. landsoverenskomstens § 13, stk. 3), der er i overensstemmelse med den øvrige sundhedsmæssige og sociale planlægning i regionen.

Praksisplanen skal således bidrage til at sikre sammenhæng og koordination af den indsats, der ydes på hospitalerne, i praksissektoren og kommunerne, således at patienter med behov for behandling og pleje i flere sektorer oplever et sammenhængende forløb af høj kvalitet.

Praksisplanen skal på denne baggrund fremme udviklingen af almen praksis således at *almen praksis i Region Hovedstaden er karakteriseret ved*:

- Sundhedsfaglige ydelser af høj kvalitet.
- Høj grad af samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, således at patienterne oplever et sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.
- At patienterne oplever en god og tidssvarende service i praksis, herunder høj tilgængelighed.

Udarbejdelse af praksisplanen

Praksisplanen er udarbejdet af Samarbejdsudvalget for almen praksis i Region Hovedstaden. Der har under samarbejdsudvalget været nedsat en styringsgruppe for praksisplanarbejdet, som har bestået af:

- Praktiserende læge Dorthe Halkjær, Praksisudvalget
- Praktiserende læge Birgitte Alling Møller, Praksisudvalget

- Praktiserende læge Peter von Scholten, Praksisudvalget
- Praktiserende læge Ole Risby Mortensen, Praksisudvalget
- Chef for Enhed for Praksisplanlægning Else Hjortsø, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden
- Chef for alment område Bodil Vestergaard Nielsen, Koncern Praksis, Region Hovedstaden
- Chefkonsulent Mona-Lene Kjærgaard, Koncern Praksis, Region Hovedstaden

Styregruppen er blevet sekretariatsbetjent af Enhed for Praksisplanlægning, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden, ved planlæggere Jane Holm, Pernille Breum og Tine Eja Bonke.

Styregruppen har foruden det overordnede koordinerende arbejde fungeret som arbejdsgruppe vedr. kapacitetsdelen af praksisplanen. Derudover har der været nedsat 3 arbejdsgrupper under styregruppen, som har fokuseret på de temaer som berøres i udviklingsplanen, henholdsvis:

- Samarbejdet med hospitalerne
- Samarbejdet med kommunerne og
- Udvikling i almen praksis.

I alle arbejdsgrupper har deltaget såvel alment praktiserende læger udpeget af praksisudvalget som repræsentanter fra regionsforvaltningen (herunder mindst en læge og en forvaltningsmedarbejder fra styregruppen). Arbejdet i arbejdsgrupperne har udgjort et betragteligt input til styregruppens videre arbejde med praksisplanen. Arbejdsgrupperne er ligeledes blevet sekretariatsbetjent af Enhed for Praksisplanlægning.

Høring om plan for almen praksis

Praksisplanens interessenter er:

- Alment praktiserende læger i Region Hovedstaden
- Praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden
- Region Hovedstadens Lægekredsforening
- Andre ikke-lægelige ydergrupper i praksissektoren, herunder fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer
- Danske Regioner
- Kommunerne i Region Hovedstaden
- Kommunernes Landsforening
- Hospitalerne og psykiatrivirksomheden i Region Hovedstaden
- Sundhedsfaglige råd i Region Hovedstaden
- Praksiskonsulentordningen i Region Hovedstaden
- Lægevagtsudvalget i Region Hovedstaden
- Borgere (patienter) i Region Hovedstaden, v. Danske Patienter.

De af planens interessenter, som ikke har været direkte involveret i praksisplanlægningen, inddrages via høring.

Implementering

Efter den politiske godkendelse af praksisplanen skal et implementeringsarbejde sikres med henblik på udmøntning af planens anbefalinger. Implementeringsarbejdet skal forholde sig til de anbefalinger, der foreligger i indeværende plan, såvel som til de anbefalinger der er fremsat i delplanen vedr. fast-

holdelse og rekruttering. Der skal således udarbejdes en implementeringsplan, som skal fungere som et dynamisk arbejdsredskab for samarbejdsudvalget i planperioden.

Implementeringsplanen udarbejdes af en arbejdsgruppe med repræsentation fra Det Regionale Praksisudvalg og regionsforvaltningen ved Koncern Plan og Udvikling og Koncern Praksis. Implementeringsgruppen refererer til samarbejdsudvalget og sekretariatsbetjenes af Enhed for Praksisplanlægning.

Del 1 – Kapacitetsplan

1. Baggrund

Kapacitetsplanen indeholder en analyse af de faktorer, der danner grundlag for beslutningen om antallet af læger i regionen. Beslutningen om antallet af læger træffes årligt på baggrund af praksisplanens anbefalinger, den samlede udvikling i antallet af gruppe 1 og 2-sikrede i regionen under ét, en vurdering af udviklingen i arbejdsmængden i almen praksis og andre faktorer der kan have betydning for behovet for praktiserende læger i regionen⁴.

Kapacitetsplanen har to formål:

- At beskrive grundlaget for den årlige lægedækningsberegning.
- At fastlægge principper for nynedsættelser samt flytning og nedlæggelse af praksis som vejledende retningslinjer for administrationen af praksisforhold i planperioden.

Planen indeholder en beskrivelse af den *nuværende* kapacitet i almen praksis og antallet af sikrede i regionen (afsnit 2.1) samt en vurdering af den *fremtidige* udvikling af forhold med betydning for kapaciteten (afsnit 2.2). I kapitel 3 beskrives tilgængeligheden i almen praksis, hvorefter retningslinjer for håndtering af praksisforhold i planperioden behandles i kapitel 4. Endelig indeholder kapacitetsplanen i kapitel 5 en vurdering af sårbare områder i regionen, hvor det erfaringsmæssigt er vanskeligt at rekruttere praktiserende læger.

Hvor intet andet er angivet stammer data fra sygesikringsregisteret og yderregisteret, og er trukket i perioden november 2007 - januar 2008.

1.1 Nye planlægningsområder

I forbindelse med praksisplanlægningen for almen praksis er der behov for at inddele Region Hovedstaden i nye planlægningsområder, der tilgodeser forholdene efter strukturreformen. Ved inddelingen af regionen i planområder er det tilstræbt at sikre sammenhængen til den samlede sundhedsplanlægning i regionen og i kommunerne.

⁴ Jf. Landsoverenskomstens for almen lægegerning § 15 samt vejledning om praksisplaner og årlig fastsættelse af lægedækningen i.h.t. Landsoverenskomsten for almen lægegerning.

Planlægningsområder har betydning for planlægningen i almen praksis ved:

- a) Bestemmelsen af hvor eventuelle nynedsættelser, som udløses af den årlige justering af lægedækningen, skal placeres.
- b) Godkendelse af praksisflytninger og andre praksisrelaterede forhold.

En beskrivelse af hvordan fusionsparterne var inddelt i planområder, er vedlagt i bilag 3.

1.1.1 Model for fremtidige planlægningsområder i Region Hovedstaden

Praksisplanen for almen praksis inddeler Region Hovedstaden ifølge den nye kommune- og bydelsinddeling, hvor der dels tages udgangspunkt i de organisatoriske ændringer, der er sket som følge af strukturreformen, dels de inddelinger der i 2007 blev vedtaget for Københavns Kommune – ”2007-inddelingen”.

Praksisplanen foreslår endvidere, at regionen opdeles i fire hovedområder: Nord, Midt, Byen og Syd – hver omfattende 8-13 planlægningsområder. Bornholm er placeret under hovedområde Byen.

Nye planlægnings- og hovedområder i Region Hovedstaden (indbyggere)

Hovedområde	Nord (310.000)	Midt (425.000)	Byen (400.000)	Syd (460.000)
Planlægningsområder	Frederikssund	Egedal	Brønshøj	Valby
	Gribskov	Furesø	Husum	Vesterbro ⁵
	Halsnæs	Ballerup	Vanløse	Amager Øst
	Hillerød	Herlev	Frederiksberg	Amager Vest
	Allerød	Rødovre	Bispebjerg	Høje-Taastrup
	Helsingør	Gladsaxe	Nørrebro	Albertslund
	Fredensborg	Lyngby-	Indre By	Ishøj
	Hørsholm	Taarbæk	Østerbro	Vallensbæk
		Rudersdal	Bornholm	Brøndby
		Gentofte	Christiansø	Glostrup
				Hvidovre

Denne opdeling svarer til plan- og optageområderne i regionens hospitalsplan (2007).

⁵ Herunder Kongens Enghave og Sydhavnen



Der er flere årsager til, at en opdeling som beskrevet er ønskelig:

- Inddelingen svarer til samarbejdsfladen mellem de vigtigste aktører indenfor sundhedsvæsenet. Den er i overensstemmelse med hospitalernes plan- og optageområder, Københavns Kommunes egen bydelsinddeling og kommunegrænserne i øvrigt. Derved skabes entydige relationer for borgerne, de kommunale samarbejdspartnere og hospitalerne, herunder for almen praksis' deltagelse i samordningsudvalgene.
- Fordelingen af ydernumre, praksisflytninger, nedlæggelse af ydernumre m.v. vil ske med udgangspunkt i planlægningsområderne og dermed i sammenhæng med øvrig byudvikling. Hertil kommer, at kommunerne vil kunne inddrages i rekrutterings- og fastholdelsesproblematikker.
- En inddeling i mindre geografiske enheder er aktuelt ikke teknisk mulig, selvom det kunne være ønskeligt i visse situationer.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget godkender at inddele Region Hovedstaden i 4 hovedområder, således at befolkningsgrundlaget er tilnærmelsesvis lige- ligt fordelt.
- At samarbejdsudvalget godkender at inddele regionen i planlægningsom- råder, der svarer til den pr. 1. januar 2007 nye kommune- og byområde- fordeling.

Hovedområderne anvendes til opgørelserne i afsnit 2 og 3.

2. Kapaciteten i almen praksis

Kapacitetsplanen består af en redegørelse for den nuværende kapacitet og en vurdering af den fremtidige kapacitet. En analyse af forbrug og produktion i almen praksis indgår i dette afsnit i kombination med en analyse af den de- mografiske udvikling. Endelig indgår en vurdering af arbejdsmængden.

For at sikre at der arbejdes hen mod en tilstrækkelig og ensartet lægedæk- ning, på det bedste serviceniveau og med høj kvalitet for borgeren, er der desuden i praksisplanen inkluderet nøgletal om lægernes alder og køn, kli- nikkernes geografiske fordeling og fordelingen på praksisformer.

Kapacitetsplanen fungerer som udgangspunkt for øvrige dele af praksispla- nen.

2.1 Lægekapaciteten – i dag

I det følgende beskrives den *nuværende* lægepopulation, forbruget og pro- duktionen af ydelser.

2.1.1 Lægepopulationen

Det fremgår nedenfor, hvordan de aktive lægekapaciteter⁶ fordeler sig i regi- onen. Tallene i parentes angiver ubesatte kapaciteter, der er tildelt praksis, men som endnu ikke er besat.

Den samlede kapacitet udgøres derudover af passive lægekapaciteter: ledige og ikke-effektuerede, som praksis ikke råder over. Der sondres her mellem om kapaciteten har været tildelt praksis, men er taget tilbage (ledige), eller om der er tale om en kapacitetsudvidelse, der endnu ikke er effektueret (ikke- effektueret).

⁶ En lægekapacitet er knyttet til et patientantal på 1600 sikrede. En lægekapacitet kan deles mellem to alment praktiserende læger.

Plan for almen praksis august 2008

Aktive lægekapaciteter fordelt på planområder samt antal tilmeldte sikrede pr. aktiv lægekapacitet, oktober 2007

Kommune	Gr. 1 (tilmeldte)	Gr. 2	Gr.1 (tilmeldte) + Gr.2	Aktive læge- kapaciteter	Tilmeldte/ aktiv lægekap.
NORD					
Allerød (201)	23.980	334	24.314	15	1.599
Fredensborg (210)	35.779	701	36.480	24	1.491
Frederikssund (250)	37.806	279	38.085	25	1.512
Halsnæs (260)	29.388	216	29.604	20	1.469
Gribskov (270)	38.483	556	39.039	27	1.425
Helsingør (217)	60.316	886	61.202	39	1.547
Hillerød (219)	51.707	472	52.179	32	1.616
Hørsholm (223)	26.440	1.302	27.742	18	1.469
Gns.					1.516
MIDT					
Ballerup (151)	51.575	199	51.774	32	1.612
Egedal (240)	37.005	251	37.256	22 (23)	1.609
Furesø (190)	36.571	736	37.307	23	1.590
Gentofte (157)	65.058	3.982	69.040	42	1.549
Gladsaxe (159)	58.671	573	59.244	36 (38)	1.544
Herlev (163)	25.761	193	25.954	16	1.610
Lyngby-Taarbæk (173)	56.802	1.747	58.549	35 (36)	1.578
Rudersdal (230)	49.352	2.974	52.326	32	1.542
Rødovre (175)	36.185	223	36.408	23	1.573
Gns.					1.579
BYEN*					
København (101)	504.271	4.523	508.794	319 (320)	1.576
Frederiksberg (147)	90.643	2.129	92.772	59	1.536
Gns.					1.556
SYD**					
Albertslund (165)	28.985	111	29.096	17 (18)	1.610
Brøndby (153)	31.079	155	31.234	20	1.554
Dragør (155)	9.970	413	10.383	7	1.424
Glostrup (161)	23.176	167	23.343	14	1.655
Høje-Taastrup (169)	49.018	239	49.257	30	1.634
Hvidovre (167)	47.668	267	47.935	30 (31)	1.538
Ishøj (183)	16.541	82	16.623	10	1.654
Tårnby (185)	39.097	281	39.378	25	1.564
Vallensbæk (187)	12.758	93	12.851	8	1.595
Gns.					1.581
BORNHOLM					
Bornholm (400)	42.838	99	42.937	31	1.382
Christiansø (411)	98	1	99	1	98
I alt					
	1.617.021	24.184	1.641.205	1032 (1039)	1.556

* Inkl. Valby, Vesterbro, Amager Øst og Amager Vest

** Ekskl. Valby, Vesterbro, Amager Øst og Amager Vest

Det ses, at der i Ishøj Kommune er flest tilmeldte sikrede pr. aktiv lægekapa-
citet. Bornholm Kommune har færrest. At kommuner i hovedområde Syd har
en tendens til flere tilmeldte sikrede pr. læge skyldes bl.a. vanskeligheder
med at sælge praksis, hvilket resulterer i en ekstra belastning for de resterende
læger.

I henhold til landsoverenskomsten er normen for en tilstrækkelig lægedæk-
ning 1.600 sikrede pr. lægekapa-
citet. Fratrækkes derfra det gennemsnitlige
procentvise antal gruppe 2-sikrede i regionen, er det regulerede normtal 1.574
ifølge seneste lægedækningsberegning.

Det fremgår af tabellen ovenfor, at der gennemsnitligt i Region Hovedstaden
er 1.556 tilmeldte sikrede pr. læge. Til trods for at passive kapaciteter ikke er
medregnet (se nedenfor), er der stadig gennemsnitligt en lægedækning, der
honorerer overenskomstens minimumskrav.

Udover de 1.039 aktive lægekapa-
citeter i Region Hovedstaden, er der et antal
ledige⁷ og ikke-effektuerede stillinger. Tabellen nedenfor giver et billede af
den samlede lægekapa-
citet i Region Hovedstaden.

*Lægekapa-
citeten i Region Hovedstaden, oktober 2007*

Antal besatte kapaciteter (aktive)	1.032
Antal ubesatte kapaciteter (aktive)	7
Antal ledige kapaciteter (passive)	10
Antal kapaciteter indefrosset ved § 2-aftale (passive)	2
Antal ikke-effektuerede lægekapa- citeter fra tidligere års lægedækningsberegninger (passive)	14
<i>I alt</i>	1.064

Fordelingen af de ubesatte og ledige kapaciteter på kommuner er vedlagt i
bilag 4.

2.1.2 Lægepopulationens alder, køn og fordeling på praksisformer

Køns- og aldersfordelingen blandt de alment praktiserende læger har betyd-
ning for borgernes mulighed for at vælge en læge, der passer til den enkeltes
præferencer.

Det ses i tabellen nedenfor, at der i Region Hovedstaden er en svag overvægt
af mandlige alment praktiserende læger. Af de vedlagte kommuneprofiler i
bilag 5 fremgår det eksempelvis, at Glostrup Kommune har en fordeling med
kun 2 kvindelige læger og 11 mandlige, ligesom Hvidovre Kommune har 8
kvindelige læger mod 23 mandlige.

⁷ 0-ydernr. der ikke er besat eller ophør af praksis uden overdragelse.

Alment praktiserende læger fordelt på køn

	Kvinder	Mænd	Hovedtotal
Antal	474	620	1094*
%	43,3	56,7	100

* Inkl. delelæger

Nedenfor ses de alment praktiserende lægers aldersfordeling. Det fremgår, at over 50 % af det samlede antal er over 55 år. Delplan vedrørende rekruttering og fastholdelse (Region Hovedstaden, 2006) beskriver, hvilke udfordringer almen praksis i de kommende år står overfor i forbindelse med at kunne bibeholde den nuværende kapacitet i almen praksis, og hvilke tiltag der kan tænkes igangsat for at løse problemet. Der følges op på anbefalinger fra rekrutterings- og fastholdelsesplanen i praksisplanens del 2.

Aldersfordelingen alment praktiserende læger, oktober 2007

Alder	Antal	%
< 50 år	338	30,7
50-54	202	18,4
55-59	270	24,5
60 <	291	26,4
Total	1101	100

Det ses i tabellen nedenfor, at den overvejende del af lægepraksis stadig er enkeltmandspraksis. Endvidere ses, at disse såkaldte solopraksis er specielt dominerende i Byen. Hovedområde Nord og Bornholm har derimod en længere tradition for flerlægepraksis. Det skyldes formentlig bedre muligheder for at finde egnede lokaler.

Den geografiske fordeling af praksisformer, oktober 2007

	Enkeltmandspraksis	Kompagniskabspraksis	Delepraksis	Total
Nord	50	37	18	105
Midt	157	33	20	210
Byen	270	41	15	326
Syd	105	19	8	132
Bornholm	6	10		16
<i>Region Hovedstaden</i>	588	140	61	789

Det skal bemærkes, at solopraksis, ligesom andre praksisformer, kan drives som samarbejdspraksis - hvor der samarbejdes om lokaler og helt eller delvist om personale - eller som netværkspraksis, hvor samarbejde finder sted uden lokalefællesskab.

På baggrund af høringen af de alment praktiserende læger via spørgeskema vurderes knap 20 % af praksis at indgå i samarbejds- eller netværkspraksisformer.

2.1.3 Læger under videreuddannelse og praksispersonale

Behandlingskapaciteten i almen praksis udgøres ikke kun af læger. Hovedparten af praksis har ansat praksispersonale, og nogle praksis varetager tilmed en uddannelsesfunktion. Læger under videreuddannelse i de sidste faser af deres uddannelse som speciallæge i almen medicin må betragtes som en udvidelse af kapaciteten, da de kan arbejde forholdsvist selvstændigt. De indgår dog ikke i den årlige lægedækningsberegning.

Nedenfor ses den planlagte udvikling i antallet af uddannelseslæger i almen praksis. Fra efteråret 2007 - efteråret 2009 stiger antallet af læger i fase 3 med 17. Læger i fase 2 stiger i samme periode med 15. Totalt set stiger antallet af læger under videreuddannelse i praksis med 33. I perioden bliver der samtidigt færre turnuslæger, hvorfor andelen af kvalificerede læger i fase 2 og 3 bliver større.

Læger under videreuddannelse i almen praksis i Region Hovedstaden

	Efterår 2007	Forår 2008	Efterår 2008	Forår 2009	Efterår 2009
Turnuslæger gl. ordning	110	120	115	126	
Turnuslæger ny ordning				101	101
Introlæger	31	31	31	31	31
Fase 1	26	26	26	26	26
Fase 2	13	20	17	28	29
Fase 3 + udd. amanuenser	18	26	22	23	35
<i>I alt</i>	178	223	211	333	222

I tabellen nedenfor ses, hvilke former for praksispersonale almen praksis benytter sig af. Flest af de adspurgte tilkendegav, at det stadig er sekretæren, som er det mest anvendte praksispersonale, men mange praksis har sygeplejerske og sekretær i samme person (48 %). Selvom ansættelse af praksismanagers, terapeuter og laboranter også kan aflaste lægen på ikke-lægefaglige områder, anvendes denne form for praksispersonale kun i få praksis.

Praksispersonale i almen praksis i henhold til spørgeskemaundersøgelse (n=407)

	Ja (%)	Nej (%)
Sygeplejersker (kun behandling)	39	61
Sekretærer	59	41
Sygeplejersker og sekretær er samme person	48	52
Terapeuter	1	99
Praksismanager	3	97
Laboranter	11	89
<i>Total</i>	100	100

2.1.4 Forbrug og produktion⁸ af lægeydelser

Med henblik på en vurdering af den nuværende arbejdsbelastning opgøres de seneste års udvikling i ydelseskategorierne, hvorefter udviklingen sammenlignes med befolkningsudviklingen.

Udvikling i produktion i perioden 2003-2006 fremgår nedenfor. Udviklingen i forbrug og produktion er vedlagt i bilag 6.

⁸ Forbruget af lægeydelser henviser til regionens egne borgeres forbrug af ydelser i Region Hovedstaden eller i andre regioner. Produktion henviser til regionens egne yderes produktion af ydelser enten for regionens egne borgere eller borgere fra andre regioner.

<i>Udviklingen i produktion i almen praksis, 2003-2006⁹, 1.000 kr. og 1.000 antal ydelser</i>										
Dagtid	2003		2004		2005		2006		2007	
	Ydelser	Bruttohonorar	Ydelser	Bruttohonorar	Ydelser	Bruttohonorar	Ydelser	Bruttohonorar	Ydelser	Bruttohonorar
Konsultation	5.188	554.350	5.343	579.533	5.469	600.044	5.644	655.972	5.718	696.858
Telefonkonsultation	3.871	97.460	3.952	99.430	4.024	101.172	4.099	103.043	3.978	99.944
E-mailkonsultation	4	188	19	979	67	3.364	163	8.161	279	13.988
Tillægsydelser og afstands- tillæg	1.158	76.944	1.227	82.985	1.293	88.276	1.315	96.096	1.349	102.660
Sygebesøg	166	31.107	161	30.233	155	29.223	147	27.778	132	26.713
Institutionstillæg	3	103	3	88	2	68	1	28	0	6
Laboratorieundersøgelser	1.515	69.479	1.504	70.747	1.508	72.415	1.557	76.396	1.593	80.019
Socialmedicinske ydelser	66	4.312	68	4.433	74	4.752	77	5.037	71	4.702
Forebyggelse/sundhed	43	12.784	36	9.580	23	4.892	32	5.926	36	5.765
Attester og tandudrækning	4	1.010	4	1.091	5	1.298	5	1.225	5	1.263
Samtalerterapi	37	13.121	54	19.131	68	24.364	78	27.791	84	29.970
Profylakse	438	51.447	437	52.978	443	55.878	450	56.988	504	61.465
Total	12.495	912.305	12.809	951.209	13.134	985.747	13.566	1.064.441	13.747	1.123.353
Vagttid	1.242	148.163	1.155	137.243	1.139	134.911	1.185	139.825	1.215	142.866
Tillægsydelser	274	6.135	257	5.824	240	5.632	239	5.721	236	6.056
Laboratorieydelser	61	2.514	56	2.285	53	2.101	60	2.414	67	2.784
Andet	10	244	9	236	8	238	45	399	13	259
Total	1.587¹⁰	157.057	1.477	145.587	1.439	142.882	1.529	148.359	1.530	151.965

⁹ Bemærk at basishonorar og kørsel ikke er medtaget i opgørelsen. Det er således ikke en opgørelse over den samlede udgiftsudvikling.

¹⁰ Faldet i antallet af ydelser og bruttohonorar mellem 2003 og 2004 kan tilskrives Landsoverenskomsten om almen lægegerning fra april 2003.

Udviklingen i forbruget af almen praksis, Region Hovedstaden 2003-2006 (Danmarks Statistik samt sygesikringsregisteret)

	2003	2004	2005	2006	Ændring i %
Borgere (befolkningsantal)	1.627.072	1.629.254	1.631.635	1.633.565	0,4
Forbrug/bruttohonorar i dagtiden (1.000kr.)	904.744	943.429	977.260	1.054.911	16,5
Forbrug/ydelser i dagtiden (1.000)	12.527	12.647	13.170	13.657	9
Kontakter (1.000)	9.146	9.395	9.628	9.956	8,8

Det ses i tabellen ovenfor, at der trods en beskeden befolkningsudvikling i perioden 2003-2006 er sket et øget forbrug, der udgør en stigning på 9 % i antal ydelser og 16,5 % i det samlede bruttohonorar. Antallet af kontakter til almen praksis (et tal der er uafhængigt af antallet af ydelser, der forbruges i løbet af en konsultation) er tilsvarende steget med ca. 9 %.

Der kan være flere forklaringer på, hvorfor der er sket en stigning i forbruget af almen praksis, der ikke modsvarer af en tilsvarende befolkningsudvikling. En del af stigningen i bruttohonoraret kan tilskrives takstregulering i perioden. Af andre årsager kan nævnes dyrere ydelser, flere patienter med mange kontakter, herunder ældre, og en øget tilbøjelighed til at benytte almen praksis.

Uanset årsag kan det konstateres, at et øget forbrug af denne størrelsesorden betyder en øget arbejdsbelastning i almen praksis.

Ved høringsen af lægerne i Region Hovedstaden, forud for praksisplanen via spørgeskemaundersøgelse, blev der forespurgt om holdningen til arbejdsmængden i praksis. 46 % af de adspurgte læger mente, arbejdsmængden var for stor, 53 % mente arbejdsmængden var passende. Kun 5 % ”kunne godt klare noget mere”. Respondenter, der mener arbejdsmængden er for stor, er stort set ligeligt fordelt på kommunerne.

I samme undersøgelse oplever hele 73 % af respondenterne, at arbejdsmængden er steget, som tallene ovenfor dokumenterer.

2.2 Lægekapaciteten – i fremtiden

2.2.1 Befolkningsudvikling

Befolkningsudviklingen i planperioden fremgår af nedenstående tabel.

Befolkningsfremskrivning Region Hovedstaden 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Nord	309.727	311.092	312.312	313.385	314.299
Midt	423.860	424.757	425.456	425.976	426.319
Byen	595.933	597.657	599.232	600.903	602.803
Syd	264.094	264.103	264.022	263.870	263.673
Bornholm	43.040	42.838	42.655	42.492	42.337
<i>Total</i>	1.636.654	1.640.447	1.643.677	1.646.626	1.649.430

Kilde: Danmarks Statistik, juni 2007

Ifølge fremskrivningen får regionen 12.776 flere indbyggere i løbet af planperioden svarende til en stigning på knap 1 %.

Det er først og fremmest kommunerne i Byen, der vil opleve tilvæksten, men også Frederikssunds Kommunes indbyggertal i hovedområde Nord vil i den kommende periode stige mere end gennemsnittet. Hovedområde Syd og Bornholm vil derimod opleve beskedne fald i folketal. Prognoser for befolkningsudviklingen i de enkelte kommuner er vedlagt i bilag 5.

Sammenlignes fremskrivningen med Københavns Kommunes egne befolkningsfremskrivninger, der specificerer befolkningsudviklingen i de enkelte bydele vedlagt i bilag 7, fremstår et mere detaljeret billede af den lokale befolkningsudvikling. I Amager Vest forventes ifølge denne opgørelse en befolkningstilvækst på ca. 8.000 sikre de næste 4 år. En lignende udvikling ses i området Kgs. Enghave/Vesterbro med en tilvækst på ca. 5.000 sikre. Tilvæksten må især tilskrives udviklingen af nye boligområder.

Også i andre lokalområder i regionen finder byudvikling sted, der vil afstedkomme et behov for en særlig indsats for at sikre lægedækningen. Ullerød-området i Hillerød Kommune kan nævnes som eksempel.

Regionen og de praktiserende læger skal være klar til at kunne håndtere befolkningstilvækst i de nævnte områder. Beslutning om udvidelse af kapaciteten i vækstområder bør derfor ske fremadrettet.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget på baggrund af befolkningsprognoser gør en særlig indsats, for på langt sigt at sikre lægedækningen i lokalområder med betragteligt nybyggeri, ved at indlede et forpligtende og dialogbaseret samarbejde med kommunerne, almen praksis og region.
- At regionen, almen praksis og kommunerne i forening arbejder aktivt for etableringen af flerlægehuse.

2.2.2 Udvikling i befolkningens sammensætning

Det fremgår af tabellen nedenfor, hvordan andelen af ældre i Region Hovedstaden i planperioden øges i forhold til andre aldersgrupper.

Stigningen for gruppen 70+ er på 4 %. Stigningen er væsentlig højere end ændringerne i de øvrige aldersgrupper.

Udviklingen i befolkningens sammensætning i Region Hovedstaden 2006-2011 (Danmarks Statistik, 2007)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Ændring i %
0-19	375.102	377.620	380.509	381.626	381.724	381.024	0,9
20-69	1.090.723	1.091.444	1.091.461	1.091.849	1.092.671	1.093.375	0,2
70+	167.740	167.590	168.266	169.848	171.651	174.317	4
<i>Total</i>	1.633.565	1.636.654	1.640.236	1.643.323	1.646.046	1.648.716	-

I næste afsnit vurderes, hvilken betydning den ændrede befolkningssammensætning har for det fremtidige forbrug af lægeydelser.

2.2.3 Udvikling i lægeforbruget

Selvom befolkningsantallet er stigende, og der tages hensyn hertil ved de årlige lægedækningsberegninger, kan forskydninger i alderssammensætningen have betydning for arbejdsbelastningen i almen praksis. I tabellen nedenfor ses hvorfor.

Forbrug pr. sikret aldersfordelt, 2006

	0-19	20-69	70 +
Forbrug (kroner) pr. sikret/året	574	530	1456
Forbrug af ydelser pr. sikret/året	7	9	14

Gruppen af 70+-årige har et markant højere forbrug af lægeydelser og også dyrere ydelser end de 0-19-årige og de 20-69-årige.

At gruppen af 70+-årige stiger med 4 % de kommende år har derfor betydning for arbejdsbelastningen, der må forventes at stige uafhængigt af antallet af patienter i praksis. Nedenfor er fremskrevet det forventede forbrug af lægeydelser med baggrund i ændringer af befolkningens sammensætning og antal.

Forventet udgiftsudvikling¹¹ på baggrund af ændringen i befolkningens antal og sammensætning, 1.000 kr.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
0-19	215.436	216.754	218.412	219.110	219.096	218.708
20-69	578.198	578.465	578.474	578.680	579.116	579.489
70+	244.165	244.011	244.995	247.299	249.924	253.806
<i>Total</i>	1.037.779	1.039.230	1.042.785	1.045.089	1.048.136	1.052.002

At folketallet er steget, og at befolkningens sammensætning samtidigt aldersforskydes, har betydning for udgiftsudviklingen i planperioden. Det fremgår, at udgifterne til ydelser i almen praksis alene på baggrund af dette forhold forventes at stige med godt 14 mio. kr. i perioden fra 2007-2011¹².

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget ved den årlige fastsættelse af antallet af læger og fordelingen heraf tager højde for, at befolkningsandelen af ældre er stigende, og at dette har betydning for arbejdsbelastningen.

2.2.4 Øvrige forhold der fremtidigt indvirker på kapaciteten

Det fremgår af regeringens målsætninger formuleret i regeringsgrundlaget, af Danske Regioners visioner i Rammeprojekt for Almen Praksis (RAP) og i Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til såvel akutbetjening som kronikerindsats, at almen praksis i fremtiden vil få flere opgaver.

¹¹ Eksklusiv forbrug af patienter uden CPR nummer.

¹² Der er ikke taget hensyn til takstreguleringer som følge af prisstigninger i planperioden.

Det kan imidlertid ikke nøjagtigt beskrives, hvordan kapaciteten vil påvirkes af denne udvikling, men det vil formentlig sætte kapaciteten under pres. Det er derfor vigtigt, at opgaveudviklingen følges i planperioden.

Udviklingsdelen af planen beskriver nærmere udviklingstendensen i almen praksis.

2.2.5 Lægemangel

Af Sundhedsstyrelsens landsdækkende lægeprognose¹³ fremgår det, at der i perioden frem til 2025 på nationalt plan vil ske et fald i antallet af speciallæger i almen medicin (såvel nedsat i almen praksis som i andre ikke-praksis relaterede stillinger) på ca. 450.

På regionalt plan er der udarbejdet en prognose – vedlagt i bilag 8 - over det forventede antal alment praktiserende læger om henholdsvis fem og ti år.

Prognosen bygger på følgende overordnede forudsætninger:

- Den aktuelle aldersfordeling af alment praktiserende læger i regionen, hvor ca. 50 % er over 55 år.
- Tilgangen af alment praktiserende læger i regionen i perioden 2001-2005
- Den aktuelle afgangsalder hos den alment praktiserende læge i Region Hovedstaden, der er ca. 63 år.

Ifølge denne model kan forventes 194 færre alment praktiserende læger i 2016, hvilket svarer til et fald på ca. 18 %. Prognosen er naturligvis forbundet med nogen usikkerhed relateret til, om de forudsætninger, der er lagt ind i modellen, ændrer sig i perioden.

Foruden de omtalte forudsætninger om tilgang, afgang og alder har nedenstående vilkår relevans for antallet af læger i 2016:

- Der er i prognosen ikke sondret mellem alment praktiserende læger, der praktiserer i delepraksis og i fuldtidspraksis. Det er dermed implicit forudsat, at andelen af alment praktiserende læger, der ønsker at praktisere i en delepraksis, vil være uændret i forhold til situationen i dag.
- Der er i prognosen ikke sondret mellem antallet af kvindelige og mandlige læger i almen praksis. Et stigende antal kvindelige læger i almen praksis kan medvirke til at forværre mangelen på alment praktiserende læger, hvis kvindernes erhvervsaktivitet, målt i arbejdstimer pr. år og pensionsalder, fortsat vil være lavere end mændenes (Sundhedsstyrelsen, 2006).

På den anden side vil andre forhold kunne medvirke til at begrænse lægemangelen i almen praksis:

- Der har i perioden 2001-2005 været en tendens til en stigende afgangsalder fra ca. 58 til 63 år. Udviklingen skal muligvis ses i sammenhæng med, at det er svært at få solgt praksis, hvilket kan påvirke afgangsalder.
- Succes med tiltag, målrettet fastholdelse og rekruttering af nye alment praktiserende læger, vil tilsvarende kunne begrænse lægemangelen i al-

¹³ Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2004-2025, Sundhedsstyrelsen (2006).

men praksis. Der ses dog aktuelt eksempler på praksislukninger uden salg i de såkaldt sårbare områder (jf. kapitel 5).

- Strukturændringer i praksis der øger produktiviteten pr. læge, f.eks. øget anvendelse af praksispersonale, tættere samarbejde med kommunernes forebyggelsesforanstaltninger m.v.
- Det er muligt, at Region Hovedstaden vil have lettere end nogle af landets øvrige regioner ved at tiltrække alment praktiserende læger. Bare fra 2006 til 2007 er antallet af læger under 50 år steget med 4 % (den samlede population er ikke steget). Stigningen indikerer, at et generationsskifte er påbegyndt, og at det for mange lægers vedkommende er muligt at finde aftagere til praksis.

Uanset de nævnte forbehold forekommer det tydeligt såvel af Sundhedsstyrelsens nationale lægeprognose som af prognosen foretaget for Region Hovedstaden, at problemer med lægemangel i almen praksis allerede kan anes, og må forventes at sætte ind med fuld styrke omkring år 2015. Begge prognoser understreger derfor et klart behov for fokus på fastholdelse og i særdeleshed rekruttering til almen praksis.

Anbefalinger:

- At regionen indleder en dialog med almen praksis om rekruttering og fastholdelse med henblik på at fremme produktivitetsudviklingen i almen praksis.
- At regionen udarbejder en handlingsplan til forelæggelse for samarbejdsudvalget til opfølgning af ”Delplan vedrørende rekruttering og fastholdelse” (vedlagt bilag 2).

3. Tilgængelighed

3.1 Telefonisk og elektronisk tilgængelighed

I 2004 blev der udarbejdet en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis¹⁴. Undersøgelsen viste, at i ca. 3 ud af 4 opkaldsforsøg lykkedes det at få kontakt til praksis.

I henhold til landsoverenskomsten skal praksis tilrettelægges, så lægen eller dennes personale altid er at træffe i dagtiden, jf. § 39, stk. 2. Såfremt dette ikke er muligt, skal der henvises til en navngiven stedfortræder.

Tilgængelighed i forbindelse med akutte situationer i dagtiden er således et overenskomstmæssigt krav. Det er tilmed afgørende, såfremt almen praksis får en udvidet rolle i en omorganiseret akutbetjening. Der er gode erfaringer i almen praksis med at anvende en telefonisk vagtring, der er en teknisk løsning, hvor telefonen automatisk viderestilles til en samarbejds- eller netværkspraksis, når der ikke er personale tilgængelig i praksis. En sådan ordning skaber samtidigt fleksibilitet i praksis i forbindelse med tilrettelæggelsen af lægebetjeningen i dagtiden.

Siden 2004 er en række tiltag blevet implementeret i almen praksis for at modernisere patienternes adgang til lægen og derved samtidig forbedre til-

¹⁴ Rapport om akutbetjeningen (PLO, 2004)

gængeligheden. I flere praksis er booking af tider på nettet blevet muligt og e-mailkonsultationen er en mulighed for at kommunikere med lægen, når der er tale om enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter.

Udviklingen i forbruget af e-mailkonsultation har siden muligheden blev tilgængelig været stærkt stigende, jf. tabellen nedenfor. Desuden ses en svag stigning i anvendelsen af telefonkonsultationen.

Udviklingen i forbruget af e-mailkonsultationen og telefonkonsultationen

		2002	2003	2004	2005	2006
E-mail konsultationer (0105)	Ydelser	-	3.750	19.231	66.347	161.527
	Honorar (1.000 kr.)	-	186	966	3.334	8.105
Telefon konsultationer (0201)	Ydelser (opgjort i antal 1000 ydelser)	3.734	3.863	3.942	4.013	4.088
	Honorar (1.000 kr.)	93.551	97.241	99.166	100.888	102.749

Selv med forbehold for stigning i antallet af sikrede i perioden indikerer udviklingen i e-mail- og telefonkonsultationer, at tilgængeligheden siden 2004 er forbedret.

En fuld udnyttelse af muligheden for e-mailkonsultation er endnu ikke realiseret, men skal være en del af praksis' tilbud til patienterne senest 1. januar 2009, jf. landsoverenskomstens § 39, stk. 3, litra a.

3.2 Fysisk tilgængelighed

Regionen er ansvarlig for at tilrettelægge lægedækningen, således at mindst to praksis har åbent for tilgang indenfor en afstand af 15 km.

Det kommunefordelte antal af åbne praksis ses nedenfor.

Antal åbne praksis, Region Hovedstaden (november, 2007)

Kommune	Lukket	Åben	Hovedtotal
Albertslund Kommune	3	10	13
Allerød Kommune	2	7	9
Ballerup Kommune	12	10	22
Bornholms Regionskommune	1	13	14
Brøndby Kommune	5	10	15
Christiansø Kommune	0	1	1
Dragør Kommune	4	3	7
Egedal Kommune	0	9	9
Fredensborg Kommune	3	13	16
Frederiksberg Kommune	12	39	51
Frederikssund Kommune	1	9	10
Halsnæs Kommune	4	2	6
Furesø Kommune	8	11	19
Gentofte Kommune	10	27	37
Gladsaxe Kommune	18	16	34
Glostrup Kommune	8	4	12
Gribskov Kommune	1	12	13
Helsingør Kommune	9	16	25

Herlev Kommune	9	5	14
Hillerød Kommune	5	11	16
Hvidovre Kommune	13	11	24
Høje-Taastrup Kommune	15	11	26
Hørsholm Kommune	3	7	10
Ishøj Kommune	8	0	8
Københavns Kommune	84	190	274
Lyngby-Taarbæk Kommune	9	18	27
Rudersdal Kommune	7	22	29
Rødovre Kommune	2	17	29
Tårnby Kommune	9	12	21
Vallensbæk Kommune	6	0	6
<i>Hovedtotal</i>	271	516	787

I Ishøj og Vallensbæk er der problemer med et tilstrækkeligt antal åbne praksis. I begge kommuner er der dog adgang til åbne praksis i nabokommunerne indenfor en afstand af 15 km. Problemerne med et utilstrækkeligt antal praksis åbne for tilgang hænger sammen med de rekrutteringsproblemer, der ses i området syd-vest for København, hvor indtil flere lægekategorier er ubesatte.

3.3 Tilgængelighed for handicappede

I henhold til landsoverenskomstens § 40 skal alle læger tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter.

De praktiserende læger skal i deres praksisdeklaration på sundhed.dk angive oplysninger om parkeringsforhold, adgangsforhold samt toiletfaciliteter¹⁵, hvorved bevægelseshæmmede får mulighed for at vælge læge ud fra adgangsforhold og indretning. Der indgår imidlertid endnu ikke kriterier for handicapadgang i landsoverenskomsten. Landsoverenskomstens parter er enige om at søge relevant rådgivning i forbindelse med udvælgelse og angivelse af indikatorer, som skal sikre patienten den tilstrækkelige information. Bestemmelsen af kriterier for handicapadgang har endnu ikke fundet sted.

Nedenfor er opgjort andelen af praksis med handicapegnet adgang og handicapegnet toilet.

Praksis med handicapegnet adgang

	Ja	Nej	Hovedtotal	% ja
Nord	57	48	105	54,3
Midt	78	132	210	37,1
Byen	41	284	325	10,8
Syd	57	75	132	43,2
Bornholm	13	2	15	86,7
<i>Hovedtotal</i>	246	541	787	46,4

¹⁵ Landsoverenskomst om almen lægegerning § 40, stk. 2 og anmærkning til § 40, stk. 2.

Praksis med handicapegnet toilet

	Ja	Nej	Hovedtotal	% ja
Nord	34	71	105	32,3
Midt	35	175	210	16,7
Byen	13	312	325	4
Syd	30	102	132	22,7
Bornholm	9	5	15	60
<i>Hovedtotal</i>	121	666	787	27,1

Især i Byen er der markante problemer med at tilbyde egnede lokaler og toiletfaciliteter til handicappede. Det er bemærkelsesværdigt, at kun 4 % af praksis i København og Frederiksberg kan tilbyde et handicapegnet toilet, og kun ca. 11 % har handicapadgang. Dette hænger bl.a. sammen med, at kommunale lokalplanbestemmelser ofte gør det vanskeligt at skaffe egnede lokaler i de ældre bydele.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget følger op på landsoverenskomstens krav til tilrettelæggelsen af lægebetjeningen i dagtiden, herunder kravene til den telefoniske og elektroniske tilgængelighed.
- At samarbejdsudvalget i planperioden har fokus på, at lægernes telefoniske tilgængelighed forbedres.
- At samarbejdsudvalget sikrer, at alment praktiserende læger opfordres til at etablere tekniske og/eller organisatoriske løsninger med samarbejds- eller netværkspraksis i form af en telefonring eller lignende, der sikrer tilgængeligheden i almen praksis.
- At regionen og almen praksis i fællesskab, sammen med kommunerne, arbejder hen imod at forbedre adgangen for handicappede til almen praksis.

4. Administrative retningslinjer

Praksisplanen fastlægger efter hvilke kriterier, der kan ske tildeling af nye lægekapaciteter samt efter hvilke kriterier praksisrelaterede forhold skal administreres. Der er tale om retningslinjer for håndtering af forhold som godkendelse af ansøgninger om flytning af praksis, placeringer af nynedsættelser og evt. nedlæggelse af kapaciteter i planperioden samt håndtering af praksisnedlæggelser.

4.1 Retningslinjer for placering af nynedsættelser

Hvert år analyseres lægedækningen i regionen på baggrund af de nyeste opgørelser af befolkningsudviklingen, en vurdering af udviklingen i arbejdsmængden og på baggrund af praksisplanen, jf. landsoverenskomstens § 15. Regionen træffer beslutning om antallet af læger i regionen på baggrund af drøftelserne i samarbejdsudvalget. Samarbejdsudvalget træffer beslutning om placering af eventuelle nynedsættelser, jf. landsoverenskomstens § 15, stk. 6. Placeringen skal ske i henhold til praksisplanen.

Desuden er en række hensyn til lægedækningen fastsat i overenskomsten. Både af § 27 og § 14 fremgår det, at et element i praksisplanen er at sikre, at de sikrede så vidt muligt skal kunne vælge mellem mindst to praksis indenfor en afstand af 15 km. ad nærmeste offentlige vej¹⁶.

Endelig fremgår det af § 13, stk. 2, at praksisplanen skal sikre en rimelig lægedækning, en rimelig fordeling af arbejdsbyrden samt et rimeligt driftsunderlag.

Det er derfor nødvendigt at fastsætte kriterier, efter hvilke samarbejdsudvalget skal placere nynedsættelser under hensyn til disse forhold.

Landsoverenskomstens § 15, stk. 7 regulerer til dels hvordan ekstra lægekapa-
pacitet skal tildeles: *når samarbejdsudvalget har truffet afgørelse om, hvor-
der er mulighed for nedsættelse, orienteres lægerne i de pågældende områ-
der herom. Er der praksis i områder, der ønsker udvidelse, træffer samar-
bejdsudvalget på baggrund af praksisplanen afgørelse om tilladelse til udvi-
delse af praksis.*

'Områder' er således ikke defineret. Indledningsvist blev beskrevet, at det er en fordel at anvende de nye kommuner som planlægningsområder. De nye kommuners størrelse har skabt en ny situation med et behov for at kunne styre lægedækningen på et lavere niveau. Der er derfor behov for i denne praksisplan at fastlægge retningslinjer for, hvordan situationen med nynedsættelser skal håndteres.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget fordeler nynedsættelser mellem planlægningsområderne ud fra lægedækningen i området og en konkret vurdering af områdets behov for kapacitetsudvidelse.
- At samarbejdsudvalget udbyder og tildeler nynedsættelser i henhold til landsoverenskomstens regler herom.
- At samarbejdsudvalget ved tildeling af kapaciteter kan beslutte, at nynedsættelser kan finde sted i et udviklingsområde eller tage hensyn til ønsket om etablering af flerlægepraksis.

4.2 Retningslinjer for flytning af praksis

Det fremgår af Landsoverenskomstens § 15a, stk. 3, at:

Læger der ønsker at flytte skal indhente samarbejdsudvalgets godkendelse. Godkendelse skal meddeles med mindre flytningen ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med praksisplanen. (understregning tilføjet)

Som udgangspunkt er det almen praksis' og regionens opfattelse, at et væsentligt hensyn i denne sammenhæng er at sikre, at en læges ønske om at ændre praksisadresse til bedre eller ligeså velegnede lokaler ikke skal forhindres af uflexible regler, med mindre ændringerne forringer et lokalområdes lægedækning unødigt.

¹⁶ I Københavns Kommune er kravet 5 km.

Følgende kriterier bør ligge til grund for samarbejdsudvalgets skøn vedrørende ansøgninger om flytning af praksis:

- Befolkningens tæthed og sammensætning.
- Rekruttering og fastholdelse herunder særligt hensyn til sårbare områder i regionen.
- Et ønske om at understøtte flerlægepraksis.
- Adgangsforhold for handicappede.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget, under hensyntagen til de i praksisplanen opgjorte kriterier for udvalgets skøn, udviser fleksibilitet i vurderingen af ansøgninger om flytning af praksis.

4.3 Justering af kapaciteten ved nedlæggelse af praksis

Af landsoverenskomstens § 15a, stk. 1 fremgår følgende:

Det kan indgå i praksisplanlægningen, at der skal flyttes eller nedlægges praksis. Endvidere kan der efter konkret vurdering træffes beslutning herom i løbet af planperioden. Dette kan ske ved naturlig afgang eller efter nærmere aftale med samarbejdsudvalgt.

At allokere eller nedlægge kapaciteter er en problemstilling, der især er blevet aktuel efter regionssammenlægningen. Lægedækningsberegningen foretages nu for en stor enhed frem for 5 mindre. Det betyder, at der er særlig risiko for, at der ved et uændret folketal kan ske en befolkningstilvækst i en del af regionen og befolkningsafgang i en anden. Den årlige lægedækningsberegning vil i det tilfælde vise, at der skal være et uændret antal læger, til trods for at der er en skæv fordeling af antal sikrede pr. læge, og dermed behov for en ændret kapacitetsfordeling.

Ifølge landsoverenskomsten § 15A, stk. 2 medfører en samarbejdsbeslutning om flytning eller nedlæggelse af en praksis dog samtidig et erstatningsansvar for regionen.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget tager stilling til, om der er grundlag for at nedlægge eller flytte kapaciteter i forbindelse med de årlige lægedækningsberegninger.

4.4 Håndtering af praksisnedlæggelser

Problemerne med at rekruttere og fastholde læger har i de senere år manifesteret sig ved praksisnedlæggelser, hvor praksis bringes til ophør uden overdragelse.

Samarbejdsudvalget har derfor vedtaget en handlingsplan i forbindelse med praksisophør, når praksis ikke overtages af anden læge. Handlingsplanen er en konkret vejledning i forhold til administrationens håndtering af praksis-

nedlæggelser af denne karakter (vedlagt i bilag 9), der indeholder en beskrivelse af tiltag, der bør iværksættes i perioden op til praksisophøret.

5. Sårbare områder

I de seneste år er der oplevet tiltagende problemer med, at læger opgiver at sælge praksis og lukker uden overtagelse. Det har resulteret i ubesatte kapaciteter. Områderne syd for Roskildevej i tidligere Københavns Amt og områder i det syd-vestlige Københavns Kommune¹⁷ nævnes ofte og beskrives i denne sammenhæng som sårbare.

En definition og efterfølgende identifikation af sårbare områder er væsentlig eftersom:

- Indsatsen skal fokuseres, hvor der er behov.
- En utilstrækkelig lægedækning i et sårbart område kan medvirke til en negativ spiral, hvor allerede indtrådt lægemangel kan føre til yderligere arbejdsbelastning.
- En opgørelse der hviler på veldefinerede kriterier er væsentlig, da det er et formål i sig selv at sikre en ligelig og tilstrækkelig lægedækning i alle områder i Region Hovedstaden.

5.1 Definition af sårbare områder

Det er imidlertid uklart, hvad der menes, når der tales om sårbare områder og ikke mindst hvilke områder i Region Hovedstaden, der berettiget kan betegnes som sårbare, herunder om der er områder, som er sårbare men som sjældent omtales.

I et ”almen praksis-perspektiv” er et sårbart område, et område hvor befolkningssammensætningen er præget af et stort antal borgere, der har kroniske sygdomme og sværere ved at kommunikere og drage egenomsorg end gennemsnittet. Det drejer sig om marginaliserede borgere, der f.eks. kan være nedslidte, socialt belastede, læse-svage, psykisk syge, have misbrugsproblemer eller indvandrere med ringe dansk kundskaber eller traumatiserede flygtninge, som evt. samtidigt er udenfor arbejdsmarkedet og måske uden uddannelse. Disse forhold kombineret med en skæv alderssammensætning med mange 70+ år styrker billedet af et sårbart område.

Umiddelbart er det mindre attraktivt for alment praktiserende læger at ned sætte sig i områder, hvor der er flere komplekse og langvarige konsultationer end gennemsnitligt, som eksempelvis i områder med en befolkningssammensætning som beskrevet ovenfor.

Endvidere medfører det lægefaglige arbejde med disse grupper et øget omfang af socialmedicinsk arbejde med kontakter til den kommunale socialforvaltning og udarbejdelse af attester.

Det tilsigtes i nærværende fremstilling at skabe et overblik over kommunernes sårbarhed ved at præsentere en række kriterier/variabler, der kan medvirke til en øget arbejdsbelastning og dermed gøre et område sårbart.

¹⁷ Herunder Kongens Enghave og Sydhavnen

Baggrundsvariablerne præsenteres med en antagelse om:

- At de hænger sammen med sundhedstilstand i almindelighed¹⁸. → større arbejdsbelastning for den alment praktiserende læge.
- At de fører til langvarige og komplicerede konsultationer samt øger mængden af socialmedicinsk arbejde og attestarbejde → større arbejdsbelastning for den alment praktiserende læge.

Kriterier til opgørelse af sårbare områder i Region Hovedstaden

Kriterium	Forventning
Sikredes uddannelsesniveau, bruttoindkomst og erhvervstilknytning	Det er dokumenteret, at jo lavere uddannelsesniveau, jo dårligere er befolkningens sundhedstilstand. Desuden antages, at en forholdsvis større andel af konsultationerne er komplicerede og langvarige – evt. involverende attestarbejde og socialmedicinsk arbejde pga. eventuelle sociale og psykiske problemer.
Andel sikrede indvandrede eller efterkommere af indvandrere fra ikke-vestlige lande	Det antages, at en forholdsvis stor andel af konsultationerne er længerevarende pga. kommunikationsproblemer. En mindre andel af disse sikrede er desuden traumatiserede flygtninge – arbejdsbelastningen i disse tilfælde er betydelig.
Antal ubesatte kapaciteter	Ubesatte kapaciteter i et område indikerer, at det er svært at rekruttere læger.

5.2 Opgørelse af de sårbare områder

Opgørelsen tager udgangspunkt i planområdernes ”score” på de tre baggrundsvariable, der er præsenteret ovenfor:

- Socioøkonomi
- Andel indvandrere eller efterkommere af indvandrere fra ikke-vestlige lande
- Antal ubesatte kapaciteter.

5.2.1 Socioøkonomi

Det er velkendt, at der er social ulighed i sundhed. I forbindelse med udarbejdelse af profil over udvalgte sygdomsområder (Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2006) blev kommunerne og de ti bydele i Københavns Kommune opdelt i fire sociale grupper dannet ud fra en fordeling over bruttoindkomst, uddannelse og erhvervstilknytning (se også bilag 11).

I gruppe 1 findes de socialt bedst stillede kommuner og i gruppe 4 de socialt dårligst stillede.

¹⁸ Det anføres bl.a. i Profil over udvalgte sygdomsområder for kommunerne i Region Hovedstaden (Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2006), at en række grundlæggende og sociale faktorer indvirker på forekomsten af kroniske sygdomme, og at der er en klar tendens til social ulighed i sundhed.

Gruppe 1: Allerød, Dragør, Frederiksberg, Furesø, Gentofte, Hørsholm, København Indre By, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal

Gruppe 2: Egedal, Fredensborg, Frederikssund, Gladsaxe, Gribskov, Helsingør, Hillerød, København Østerbro, Vallensbæk, Vanløse

Gruppe 3: Amager Vest, Ballerup, Brønshøj-Husum, Herlev, København Vesterbro/Kgs. Enghave, Nørrebro, Rødovre, Tårnby, Valby

Gruppe 4: Albertslund, Amager Øst, Bornholm, Brøndby, Frederiksværk Hundested, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, København Bispebjerg

5.2.2 Indvandrere eller efterkommere af indvandrere fra ikke-vestlige lande

I bilag 10 fremgår det, hvordan indvandrere eller efterkommere fra ikke-vestlige lande i kommunerne og de ti bydele i Københavns Kommune fordeles sig i andel af det samlede antal sikrede. Det fremgår heraf, at Ishøj har den største andel af indvandrere (27 %). Bornholm placerer sig derimod lavest med en befolkningsandel på under 3 %.

5.2.3 Ubesatte kapaciteter pr. 10.000 sikrede

I opgørelsen er medtaget ubesatte og ledige kapaciteter. At en kapacitet er ubesat eller ledig er udtryk for, at det er svært at afsætte en kapacitet. Det gør sig ofte gældende i socialt belastede områder eller yderområder. Således kan der være flere årsager til, at rekrutteringen er vanskelig i disse områder.

Antallet af ubesatte kapaciteter fordelt i de aktuelle planområder fremgår af bilag 11. For at nuancere yderligere er antallet af ubesatte kapaciteter pr. 10.000 indbyggere desuden medtaget. Variansen af ubesatte kapaciteter pr. 10.000 indbyggere spreder sig fra 0-1,1. Albertslund og Brønshøj-Husum har flest ubesatte kapaciteter pr. 10.000 indbyggere.

5.2.4 Indeks for sårbare områder

For at have et enkelt mål for et områdes sårbarhed i et 'almen praksis perspektiv' konstrueres et indeks bestående af faktorerne, der er beskrevet ovenfor. Derved reduceres data til et samlet mål for et områdes sårbarhed.

Følgende værdier indgår i indekset:

- **Den socioøkonomiske faktor.** Værdisættes fra 1-4 i henhold til opdelingen i de 4 grupper dannet ud fra erhvervstilknytning, uddannelse og indkomst.
- **Andel sikrede med ikke-vestlig baggrund.** Spredte sig fra 0-27 % og får i indekset værdi fra 1-4 ifølge en nøgle, der fremgår af bilag 11.
- Planområder med et **antal ubesatte kapaciteter** tildeles værdi fra 1 til 4 i henhold til fordelingen af antal ubesatte kapaciteter pr. 10.000 sikrede.

Faktorerne ovenfor indgår i en simpel indeksskonstruktion, hvor et områdes sårbarhed måles på en skala fra 2-12. Jo højere indekxsværdi, des mere sårbart er området. Indekset, samt optællingen af værdier der udgør den endelige indekxsværdi, fremgår af bilag 11.

Analysen viser, at Albertslund, Bispebjerg, Brøndby, Brønshøj-Husum, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj og Nørrebro er sårbare, og i denne gruppe er det kommunerne Albertslund og Ishøj, der skiller sig ud.

Vurderingen af sårbare områder forventes at kunne kvalificeres i planperioden, idet sundhedsprofilerne i løbet af 2008 vil beskrive variationen i sundhedstilstanden i kommunerne.

5.2.5 Særlig indsats i de sårbare områder

Opgørelsen af de sårbare områder kan indgå i en vurdering af de alment praktiserende lægers arbejdsbelastning. Det er tanken, at opgørelsen suppleres og nuanceres med en udarbejdelse af sikredes alderssammensætning og forbrug pr. sikret ved de årlige lægedækningsberegninger.

Dernæst kan opgørelsen af de sårbare områder gøre det muligt at fokusere indsatsen til områder med størst behov i planperioden. De sårbare områder skal nyde særlig bevågenhed, og en særlig indsats bør iværksættes for at understøtte lægerne. En indsats for etableringen af flerlægepraksis har været nævnt i ”Delplan vedrørende rekruttering og fastholdelse” som et af flere redskaber, der er særligt gavnligt i de tunge og socialt belastede områder – de sårbare områder.

At kunne dæmme op for problemet kræver nyskabende og kreativ tænkning i et fællesskab mellem almen praksis, kommunerne og regionen.

Det skal bemærkes, at kommunerne på vestegnen i forbindelse med sundhedsaftalerne 2007 har fremsat ønske om at indgå i dialog med regionen om sikring af lægedækningen ved et samarbejde om rekrutterings- og fastholdelsestiltag af alment praktiserende læger for at sikre realisering af sundhedsaftalernes intentioner.

Til eksempel kan nævnes, at Ishøj Kommune indledt dialog med Region Hovedstaden og almen praksis i 2007 om etableringen af et lægecenter. Hovedformålet med projektet er at rekruttere nye læger, idet der i området har vist sig at være behov for en ekstraordinær indsats for at sikre befolkningen i Ishøj et tilbud om lægehjælp, som er sidestillet med tilbuddet i resten af regionen. Projektet har også til formål at fremme samarbejde mellem almen praksis og kommunens sundhedsmæssige indsats i almindelighed. Tilsvarende har flere andre kommuner udvist interesse for etablering af et samarbejde, hvilket skal understøttes i planperioden.

Anbefalinger:

- At regionen og praksisudvalget, i løbet af planperioden, igangsætter en dialog med kommunerne i de sårbare områder om de fysiske rammer for almen praksis, samt om samarbejdet mellem kommune og almen praksis.
- At samarbejdsudvalget sætter særligt ind i de sårbare områder med løsninger, der tilpasses de helt konkrete problemer og muligheder i området.
- At regionen afsætter ressourcer, herunder økonomi, til konkrete samarbejdsprojekter i de sårbare områder.

6. Sammenfatning

Målet med kapacitetsanalysen er at bringe et grundlag til veje for at opretholde en tilstrækkelig kapacitet i almen praksis. Analysen har vist, at kapaciteten på flere fronter udfordres i planperioden.

Der bliver flere ældre over 70 år, som har flest henvendelser til almen praksis. Samtidigt er der en generel tendens til at bruge almen praksis mere. Analysen viste et stadigt stigende forbrug af almen praksis i perioden 2003-2006, der ikke kun kan tilskrives befolkningsudvikling. Fremadrettet fortsætter dette formentlig, idet befolkningsprognosen viser, at en stadig større andel af befolkningen er over 70 år.

De generelle nationale problemer med lægemangel ses allerede i almen praksis i Region Hovedstaden i nogle områder, hvor halvdelen af de praktiserende læger er over 55 år. Det er en bekymrende situation, der kan blive selvforstærkende.

Sårbare områder har været genstand for en selvstændig analyse, idet belysning af området er en forudsætning for en aktiv indsats. I praksisplan 2008-2011 blev det derfor besluttet at definere og opgøre de sårbare områder i regionen.

I de sårbare områder er lægernes arbejdsmængde formentlig større end i andre områder. Det skyldes to forhold. Dels at der - pga. ubesatte kapaciteter - er flere sikrede pr. lægekapacitet end gennemsnitligt i Region Hovedstaden. Dels at befolkningssammensætningen medfører øget belastningen for de praktiserende læger på grund af omfanget af det socialmedicinske arbejde og antallet af langvarige og komplekse konsultationer.

Andre forhold, end de der er inkluderet i analysen af de sårbare områder, kan medvirke til, at områder i regionen er sårbare i en anden forstand. En perifer beliggenhed kan bl.a. medvirke hertil. Bornholm skal nævnes som et sådant særligt område pga. den geografiske beliggenhed, sæsonbelastning og begrænsede lokale henvisningsmuligheder.

Endelig skal det bemærkes, at opgaverne i almen praksis i disse år undergår forandring både i omfang og karakter. Rollen som gatekeeper gør almen praksis til et naturligt omdrejningspunkt for indsatsen vedrørende kronikere og akutbetjening. Denne udvidelse af opgaver i almen praksis bør tages i betragtning, når arbejdsmængden vurderes. Udviklingsdelen af praksisplanen beskriver dette nærmere.

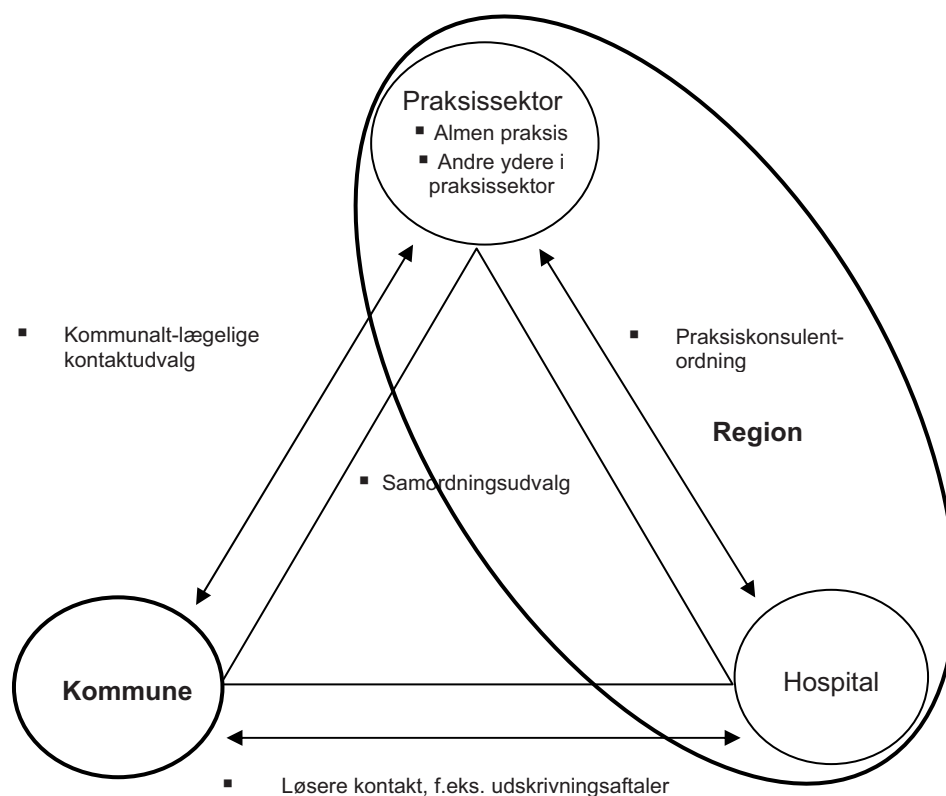
Del 2 – Udviklingsplan

Samarbejde og sammenhæng i sundhedsvæsenet

1. Det samarbejdende sundhedsvæsen

Langt størstedelen af borgernes kontakter til sundhedsvæsenet sker til den alment praktiserende læge, idet almen praksis foruden egen behandlerrolle også har funktion som 'gatekeeper' eller visitator til det øvrige sundhedsvæsen. De fleste borgere færdigbehandles i almen praksis, med godt 10 % af kontakterne resulterer i en henvisning til enten hospital, speciallæge eller anden behandling. Ligeledes har almen praksis relationer til kommunerne omkring f.eks. genoptræning, ældre patienter, socialmedicinske ydelser og i stigende grad de mange patienter med kronisk sygdom. For at sikre sammenhæng i patientforløb er der derfor behov for et velfungerende samarbejde mellem almen praksis og sundhedsvæsenets øvrige aktører.

Figur 1: Det samarbejdende sundhedsvæsen



Samarbejdet mellem de tre centrale aktører i sundhedsvæsnet – almen praksis, hospitalerne og kommunerne – kan illustreres som en trekant (fig.1). De ansvarlige myndigheder (henholdsvis region og kommuner) for de sundhedsydelse, som leveres af de tre sundhedsaktører er markeret med fed. Inden for regionens myndhedsområde udgør praksissektoren (herunder de alment praktiserende læger) sundhedsaktørerne sammen med hospitalerne, mens det for kommunerne er det kommunale sundhedsområde. Foruden samarbejdsrelationer til kommuner og hospitaler har almen praksis samarbejdsrelationerne til praktiserende speciallæger, praktiserende fysioterapeuter, apoteker m.fl.

Med strukturreformen er rammen for det samarbejdende sundhedsvæsen formelt styrket i kraft af dannelsen af sundhedskoordinationsudvalget og indgåelsen af sundhedsaftaler på en række områder med fælles ansvar for region og kommuner.

1.1 Sundhedskoordinationsudvalg

For at bidrage til samordning og sammenhæng for de patientforløb, der går på tværs af det regionale og det kommunale myndighedsansvar, er sundhedskoordinationsudvalget nedsat som et politisk organ med deltagelse af repræsentanter fra Regionsrådet, kommunalbestyrelserne i regionen og praksisudvalget for Region Hovedstaden. Sundhedskoordinationsudvalget er således et centralt forum for styrkelse af samarbejdet mellem regionen (hospitaler og praksissektoren) og den kommunale indsats på sundhedsområdet (hertil kommer den kommunale indsats på tilgrænsende områder, f.eks. det sociale område).

1.1.1 Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner beskriver parternes fælles ansvar for at sikre, at tværgående opgaver på sundhedsområdet varetages. En meget væsentlig del af de patientforløb, der omfattes af sundhedsaftalerne involverer minimum hospital, alment praktiserende læge og kommune.

Der er ifølge sundhedsloven, og den tilhørende bekendtgørelse, seks indsatsområder, som sundhedsaftalerne i 2007 som minimum skal forholde sig til:

- Udskrivningsforløb for svage ældre patienter
- Indlæggelsesforløb
- Træningsområdet
- Hjælpemiddelområdet
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse,
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser.

1.2 Samordningsudvalg

Ved hvert hospital er nedsat samordningsudvalg med ledelsesrepræsentanter for hospitalet, optageområdets kommuner og repræsentanter for almen praksis udpeget af praksisudvalget. For Københavns Kommune, der ikke alene knytter sig til ét hospital, er der etableret et særligt koordinerende samordningsudvalg.

Samordningsudvalgene skal særligt fokusere på samarbejdet omkring patientforløb mellem hospital, praksissektor og den kommunale pleje i de pågældende optageområder. På denne måde kan samordningsudvalgene betragtes som det lokale implementerende niveau, hvor arbejdsdelingen, inden for de overordnede rammer kan aftales nærmere mellem sundhedsaktørerne, forudsat der ikke er tale om egentlig opgaveglidning.

2. Indsatsområder på tværs af sektorer

I det følgende sættes fokus på en række indsatsområder, som kræver udpræget grad af samarbejde mellem sundhedsvæsnets centrale aktører. Desuden berøres de udfordringer, som almen praksis står overfor i den forbindelse.

2.1 Almen praksis som tovholder

Almen praksis har med den brede kontakt til befolkningen samt den kontinuerlige kontakt til den enkelte patient en central rolle i det enkelte patientforløb, tovholderrollen. Rollen omtales i forbindelse med almen praksis i forskellige sammenhænge. Ikke mindst i Sundhedsstyrelsen publikation om kronisk sygdom (2005)¹⁹ optræder tovholderbegrebet, og der peges på almen praksis som en central aktør i forhold til at skabe gode sammenhængende forløb, specielt i forhold til en voksende gruppe af kroniske patienter.²⁰

I en ny undersøgelse fra Dansk Sundhedsinstitut af de alment praktiserende lægers opfattelse af tovholderfunktionen, udkrystalliseres 3 forskellige måder at forstå (analytiske distinktioner) tovholderfunktionen på, som ikke er gensidigt udelukkende, men derimod ofte samtidig i spil i forholdet mellem den alment praktiserende læge og den enkelte patient.

Tovholderfunktionen kan for det første forstås i forhold til de mere biologiske aspekter af sygdom, hvor lægen typisk forsøger at ”holde styr på” patientforløbet, som udspiller sig imellem forskellige aktører: hospitalsafdelinger, forskellige praktiserende speciallæger med flere, og dermed sikrer at patienten ikke falder mellem to stole. Her er lægens brede medicinske kompetencer i spil.

For det andet kan tovholderfunktionen forstås i forhold til at ”holde patienten og familien i hånden” i en svær sygdomsperiode, hvor særligt empati, kommunikation og omsorg er afgørende kompetencer.

Endelig kan der for det tredje forstås en tovholderfunktion i forhold til udsatte patienter og sociale aspekter af sygdom, dvs. lægens rolle i forhold til både den kliniske vinkel og de sociale konsekvenser af sygdom, som udmøntes i sygemeldinger, pensionssager m.m. Her kræves særligt kompetencer vedr. socialt engagement og konkret socialmedicinsk viden samt kendskab til den lokale kommunes muligheder og sagsbehandlingspraksis.

¹⁹ ”Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb” (Sundhedsstyrelsen i 2005)

²⁰ ”Tovholder i almen praksis” af Lone Grøn m.fl. (DSI rapport 2007.04)

Som det ses, er særligt den første og sidste tovholderfunktion relativt udadrettede i forhold til sundhedsvæsnets øvrige aktører. En række af de opgaver, hvor almen praksis har et betragteligt samarbejde på tværs af sektorer belyses nedenfor. Samtidig viser undersøgelsen, at tovholderfunktionen ikke kan defineres entydigt, men er knyttet til en flerhed af opgaver og kompetencer. Derved åbner analysen af tovholderbegrebet op for, at det ikke nødvendigvis behøver være lægen selv, der varetager alle tovholderfunktioner i praksis (se endvidere afsnit senere i planen om udvikling i almen praksis vedrørende anvendelse af praksispersonale).

2.2 Forebyggelse og sundhedsfremme

Ifølge sundhedsloven har kommunerne ansvaret for sundhedsfremme, mens der med sundhedsloven følger en ny opgavefordeling på forebyggelsesområdet. Opgavedelingen tager udgangspunkt i begreberne patientrettet og borgerrettet forebyggelse, hvor borgerrettet forebyggelse er rettet mod den raske del af befolkningen med det formål at mindske risikoen for, at sygdom opstår, mens patientrettet forebyggelse skal forebygge at sygdom udvikler sig yderligere og søge at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer. Sundhedsloven fastslår, at kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse deles mellem regioner og kommuner. I Region Hovedstaden er ansvaret for drøftelserne om og udviklingen af den praktiske arbejdsdeling vedr. patientrettet forebyggelse placeret i "Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse", som refererer til den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler, og dermed sundhedskoordinationsudvalget, og består af repræsentanter fra regionsforvaltningen, kommuner, hospitaler og almen praksis.

Der er til almen praksis fri og lige adgang for borgernes henvendelser. Mødet med borgeren i frontlinjen giver almen praksis en unik mulighed for at påvirke borgernes levevaner og dermed forbedre sundhedstilstanden. Der er derfor også fra almen praksis en vilje til og en interesse for at deltage aktivt, når det drejer sig om såvel sundhedsfremme som den borger- og patientrettede forebyggelse.

Almen praksis' særlige rolle i forhold til forebyggelse - som borgerens første indgang til sundhedsvæsnets og kontinuerlige kontakt - medfører, at almen praksis har behov for et udbygget samarbejde med både kommuner, hospitaler og psykiatrien, blandt andet vedrørende gode henvisningsmuligheder både til kommunale forebyggelsesindsatser som f.eks. diætist, rygestop osv. og til sygdomsspecifikke indsatser på hospitalerne og i psykiatrien. Samarbejde omkring andre udsatte grupper, herunder børn, bør indtænkes i dialogen mellem parterne.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget arbejder for, at arbejdsdelingen mellem hospitaler, almen praksis og kommunerne tydeliggøres, herunder at forebyggelsestilbuddets omfang beskrives klart, da det er væsentligt, at ydelsens indhold er kendt af alle samarbejdsparter.
- At samarbejdsudvalget arbejder for en let tilgængelig præsentation af de relevante forebyggelsestilbud og -aftaler, f.eks. gennem en netbaseret til-

budsportal via www.sundhed.dk, som kan nås af de alment praktiserende lægers linkmodul.

2.2.1 Aftalt forebyggelsesydelse

Med landsoverenskomsten blev ”Aftalt forebyggelseskonsultation” indført som ny ydelse, og erstattede tidligere forebyggelsesydelser (0103 og 0104). Den nye forebyggelsesydelse (0106) kan anvendes på lægens initiativ ved aftalt konsultation med et specifikt forebyggende formål f.eks. rygestop, kostvejledning m.m.

Baggrunden for ydelsen er et ønske om i højere grad end tidligere at inddrage forebyggelsesaspektet i sundhedsvæsenets ydelser, idet forebyggelsen generelt skal bidrage til sundere livsstil²¹. Hensigten med ydelsen er således at medvirke til målrettet og systematisk forebyggelse, bl.a. overfor de store kroniske folkesygdomme.

I forhandlingsaftalen mellem parterne forud for den nye overenskomst er der lagt op til, at forbruget af forebyggelsesydelsen følges løbende. I 2006 (april-december), hvor den aftalte forebyggelsesydelse blev indført, og 2007 (januar til september) er den nye forebyggelsesydelse blevet anvendt henholdsvis over 150.000 gange og over 180.000 gange. Dette indikerer, at lægerne i Region Hovedstaden har taget den nye forebyggelsesydelse til sig, samt at anvendelsen af ydelsen er stigende.

Der er tilknyttet to tillægsydelser til forebyggelsesydelsen, som kan anvendes når:

- Lægen foretager en systematisk risikovurdering efter godkendte kliniske vejledninger og anbefalinger, samt gennemfører en faglig anerkendt og anbefalet helbredsopfølgning, eller
- Lægen udfører en forebyggende helbredsundersøgelse hos en skrøbelig ældre i dennes hjem (opsøgende hjemmebesøg).

Formålet med det opsøgende hjemmebesøg hos ældre er bl.a. at identificere og forebygge eller begrænse sundhedsproblemer hos den ældre, vurdere og revidere medicinforbruget samt have kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde.

Som tidligere nævnt er det en forudsætning, at der eksisterer en god dialog mellem kommunen og almen praksis (særligt med hjemmeplejen og generelt med det kommunale sundhedstilbud om henvisningsmuligheder), hvis potentialet i den aftalte forebyggelseskonsultation skal udnyttes fuldt som et redskab i samarbejdet om patienter mellem almen praksis og kommunen.

²¹ ”Forhandlingsaftale 2006 - Ændringer til Landsoverenskomst i almen lægegering” (SFU og PLO 2006)

2.2.2 Koordinerende hjemmebesøg ved udskrivning

I en nyligt udarbejdet MTV-rapport²² om opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelser fra hospital gives et konkret eksempel på, hvordan samarbejde mellem egen læge og den kommunale pleje i form af fælles hjemmebesøg efter udskrivelse kan medføre en række positive effekter på patientbehandlingen samt en samfundsøkonomisk besparelse.

En del af de problemer der kan peges på ved udskrivning fra hospitalsindlæggelse hænger sammen med, at ansvaret for patientens videre behandling flyttes fra én enhed (hospitalet) til flere; den praktiserende læge, kommunens medarbejdere og patienten selv samt evt. pårørende. Derved er der risiko for en forringelse af koordinationen i patientbehandlingen.

Undersøgelsen viser, at fælles opfølgende hjemmebesøg ved almen praksis og den kommunale hjemmepleje efter udskrivning bl.a. kan medvirke til:

- At øge den praktiserende læges viden om patientens medicinering.
- At opnå en bedre opfølgning på epikrisens behandlingsplan.
- At nedbringe eller udskyde forekomsten af genindlæggelser samt nedbringe antal indlæggelsesdage.
- At patienterne i højere grad oplever, at egen læge er virkelig godt orienteret om indlæggelsen.

Særligt betoner såvel almen praksis som den kommunale hjemmepleje et bedre samarbejde om patienten efter udskrivelse som et stort løft, idet efterfølgende behandling samt opfølgning på genoptræning og medicinering bliver mere effektiv, da læge og sygeplejerske får en fælles forståelse for patientens situation, ligesom den personlige kontakt mellem sundhedspersonalet efterfølgende gør kontakt nemmere.

I undersøgelsen peger 75 % af lægerne og 95 % af sygeplejerskerne på, at de ønsker en videreførelse af opfølgningsordningen.

På den baggrund anbefales det i rapporten, at der implementeres ordninger med forbedret opfølgning efter udskrivelse af ældre medicinske patienter rettet mod udvalgte patientgrupper med særligt behov. Det er afgørende, at der fastsættes kriterier for afgrænsning af patientgruppen, der dels sikrer en fokusering af målgruppen, således at alene de *relevante* ældre medicinske patienter inkluderes, dels at evt. andre relevante patientgrupper end den ældre medicinske patient kan inkluderes.

I forlængelse af ovenstående bør det nævnes, at Region Hovedstaden har igangsat et arbejde med en plan for den ældre medicinske patient, som bl.a. skal modvirke genindlæggelser og øvrige indlæggelser, der kan undgås samt skal sikre en koordineret udskrivning og opfølgning i relation til særligt udsatte ældre.

²² MTV-rapport 2007.07(4) – Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus

Det er derfor hensigtsmæssigt, at nærmere drøftelser om en konkret udformning af en ordning med opfølgende hjemmebesøg ved udskrivelse såvel til ældre som til andre relevante patientgrupper med særlige behov koordineres med arbejdet i regi af planen for den ældre medicinske patient.

Der peges i MTV rapporten på, at den førnævnte tillægsydelse (til aftalt forebyggelseskonsultation) ”2305 Opsøgende hjemmebesøg” svarer godt overens med indholdet i projektets opfølgende besøg. Som en forudsætning for at en opfølgingsordning kan implementeres, er det afgørende at forebyggelsesydelsen kan anvendes mere end 1 gang årligt, som beskrevet i overenskomsten.

Anbefalinger:

- At regionen søger at samarbejde med kommunerne og almen praksis om implementering af fælles opfølgende hjemmebesøg ved udskrivning
- At samarbejdsudvalget iværksætter et arbejde med henblik på at identificere eventuelt øvrige patientgrupper, der kan have særlig gavn af en ordning med fælles opfølgende hjemmebesøg.

2.3 Kronisk sygdom

Antallet af patienter med kroniske lidelser er kraftigt stigende, og almen praksis vil derfor fremover skulle behandle stadig flere kronikere. I Sundhedsstyrelsens model for behandling af patienter med kronisk sygdom peges på, at det fortsat er almen praksis, der skal være tovholder gennem hele patientforløbet af kronisk sygdom. Endvidere fremgår det, at indholdet i funktionen skal indarbejdes i forløbsbeskrivelser.

Tilsvarende fokuserer forebyggelsesdelen i sundhedsaftalerne først og fremmest på fælles udvikling af forløbsprogrammer for kronisk sygdom med særligt fokus på integrationen af den patientrettede forebyggelse i velstrukturerede patientforløb. Forløbsprogrammerne skaber hermed en mulighed for en proaktiv indsats i forhold til udviklingen af kroniske sygdomme hos patienter med erkendte kroniske lidelser.

Imidlertid omhandler forløbsprogrammerne ikke kronisk syge børn, hvorfor der på anden vis må arbejdes med etablering af samarbejde mellem kommune, pædiater fra praksis og hospital samt almen praksis for denne patientgruppe.

2.3.1 Forløbsprogrammer for kronisk sygdom

I 2007 er der igangsat arbejde omkring udvikling af sygdomsspecifikke forløbsprogrammer for Diabetes (DM2) og Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). Arbejdet forventes færdiggjort i første halvår af 2008. I 2008 forventes yderligere udarbejdet forløbsprogrammer for hhv. hjerte-karsygdomme og psykiske lidelser, og i 2009 forventes forløbsprogrammer for muskelskeletlidelser og kræft.

Forløbsprogrammerne udarbejdes af arbejdsgrupper, som fagligt ledes af formænd fra hhv. almen praksis, en hospitalslæge fra det pågældende speciale og en kommunal repræsentant. Forløbsprogrammerne bygger på forelig-

gende evidens og vejledninger (f.eks. Sundhedsstyrelsens kronikerprogram) samt på de konkrete erfaringer, der allerede er gjort i Region Hovedstaden, herunder udgående teams fra hospitalerne. De færdige forløbsprogrammer skal fungere som arbejdsdelingsredskab og implementeres via de enkelte samordningsudvalg. Forløbsprogrammerne skal beskrive, hvordan arbejdsdelingen omkring den sundhedsfaglige indsats *kan* være mellem hospital, kommune og almen praksis. Konkrete aftaler om arbejdsdelingen, der træffes i de enkelte samordningsudvalg under hensyntagen til lokale forhold, skal godkendes af praksisudvalget og de øvrige kompetente beslutningsorganer for kommuner og hospitaler.

2.3.2 Implementering af forløbsprogrammer i almen praksis

Af hensyn til implementering af godkendte forløbsprogrammer skal der sikres en strategi for udbredelse af viden i almen praksis om de enkelte patientforløbsprogrammer samt den aftalte arbejdsdeling.

Det vil være hensigtsmæssigt, om oplysninger gøres tilgængelig for almen praksis om konkrete beslutninger vedrørende arbejdsdeling og henvisningsmuligheder på hospital og/eller i kommuner inden for det planlægningsmæssige hovedområde via sundhed.dk.

Dernæst kunne en relevant metode til implementering af forløbsprogrammerne være nedsættelsen af en implementeringsgruppe, som udarbejder undervisning/'roadshows' i patientforløbsprogrammerne, evt. inden for de planlægningsmæssige hovedområder. Formålet skal være at udbrede viden om patientforløbsprogrammerne og tilhørende arbejdsdeling mellem parterne.

Det vil være relevant, at undervisningen sker tværfagligt, hvorfor målgruppen bør være såvel almen praksis (læger og praksispersonale) som den kommunale samarbejdspartner (bl.a. hjemmepleje). De relevante specialer inden for den enkelte kroniske sygdom bør ligeledes deltage.

En anden mulighed for undervisning i almen praksis vedr. forløbsprogrammerne er praksisbesøg eller undervisning i de eksisterende efteruddannelsesgrupper i almen praksis.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at behovet for efteruddannelse i almen praksis i relation til implementering af forløbsprogrammer vurderes løbende.

2.4 It

It er et vigtigt redskab til at understøtte samarbejdet mellem sundhedsvæsnets aktører og dermed det sammenhængende patientforløb. Samtidig åbner it for en række muligheder for administrative opgaver og kvalitetsudvikling i almen praksis. Udbredelse og anvendelsen af it i almen praksis har derfor været et centralt fokuspunkt i de hidtidige overenskomstforhandlinger såvel som i de enkelte praksisplaner.

2.4.1 It som kommunikationsværktøj

Elektronisk kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

Landsoverenskomsten stiller krav om, at almen praksis skal kunne kommunikere elektronisk med det øvrige sundhedsvæsen i takt med, at de elektroniske muligheder tages i brug på hospitaler, i laboratorier mv. (§ 39A). Som følge heraf indeholder overenskomsten krav til praksis i regionen om at:

- Lægens it system skal understøtte MedCom standarderne, i det omfang de parter, som praksis skal kommunikere med, kan levere og sikkert modtage de pågældende meddelelsetyper.
- Lægen skal have internetadgang med opdateret firewall og virusbeskyttelse samt digital signatur.

Der er ifølge overenskomsten ikke længere mulighed for dispensationer fra ovenstående krav.

Anvendelse af MedCom standarder

MedCom-standarderne for kommunikation mellem sektorerne er udviklet som et middel til at facilitere den elektroniske kommunikation på tværs af sundhedsaktørerne. Alle praksis i regionen efterlever landsoverenskomstens krav til lægens it-system, og alle praksis kan derfor kommunikere elektronisk med de øvrige sundhedsaktører.

Det er en forudsætning, at almen praksis' samarbejdsparter er i stand til at anvende MedCom-standarderne. På nuværende tidspunkt er det ikke tilfældet på alle hospitaler. I praksis viser det sig også, at MedCom-standarderne ikke altid benyttes ved tværsektoriel kommunikation. F.eks. sendes kun 28 % af hospitalshenvisningerne, 60 % af udskrivningsepikriser og 85 % af rekvisitioner på laboratorier (webreq) ved hjælp af MedCom-standarder.

Det forventes, at alment praktiserende læger fremover også skal anvende MedCom-standarder til henvisning til andre ydere i praksissektoren via et henvisningshotel, der forventes i drift maj 2008.

Regionale initiativer for at fremme den elektroniske kommunikation på tværs af sektorerne

Det er vigtigt, at arbejdet med den tværsektorielle kommunikation er i fokus. Der er således stort behov for, at der mellem almen praksis og hospitalerne indgås aftale om den nødvendige og tilstrækkelige information, der skal flyde mellem parterne, uanset om det drejer sig om henvisninger med bilag, epikriser eller ambulante notater. Ligeledes er der et behov for en sikker elektronisk kommunikation med kommunerne, hvorfor det er vigtigt, at alle kommuner bliver klar til at kommunikere via MedCom-standarder. Disse temaer adresseres i regionens Sundhedsit-strategi, som blev publiceret i september 2007, hvor der særligt peges på et behov for at styrke den meddelelsesorienterede kommunikation mellem sektorerne (via MedCom) samt en styrkelse af adgangen til og anvendelsen af sundhed.dk og e-journal.

Tilsvarende er der under den administrative styregruppe for sundhedsaftaler nedsat en tværgående udviklingsgruppe vedrørende it- og informationsudvikling på sundhedsområdet. Målsætningen er at kommunikationen mellem ho-

spital, kommuner og alment praktiserende læger hurtigst muligt skal være elektronisk og baseret på fælles standarder. Målet er at tilvejebringe en tids- og handleplan for implementering af den it-baserede kommunikation, inden for sundhedsaftalens aktuelle indsatsområder. Flere områder forventes inddraget i takt med udviklingen af sundhedsaftalerne.

I samarbejdet mellem hospitaler og praksissektor er der desuden behov for en brugerorienteret it-gruppe: PH-it. Den skal arbejde med praktiske problemer og dermed fremme it-kommunikationen mellem de 2 parter, herunder fokusere på udviklingen i anvendelsen af MedCom-standarder mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget arbejder for, at der via de nedsatte it-udvalg/grupper arbejdes på og følges op på handleplaner vedrørende kommunikationen mellem sektorer.
- At samarbejdsudvalget arbejder for at indtænke sikker kommunikation via MedCom-standarderne mellem alle sektorer – herunder praksissektoren - ekspliciteres i arbejdet med regionens it-strategi.

Anvendelse af digital signatur og kliniske databaser

Baggrunden for overenskomstens krav om digital signatur i almen praksis er, at den giver adgang til en sikker måde at identificere sig på i den digitale verden. Digital signatur skal bl.a. anvendes ved lægens opslag af personfølsomme oplysninger i forskellige kliniske databaser, f.eks. den elektroniske medicinprofil (PEM) og laboratorieopslag.

Af hensyn til det sammenhængende patientforløb peger almen praksis på, at det vil være relevant, at almen praksis får adgang til medicinordinationer på tværs af sektorer. Region Hovedstaden deltager aktuelt i et pilotprojekt (FAME-projektet), hvis formål netop er at udvikle en sådan løsning.

Endvidere arbejdes der på, at praksisdeklarationer offentliggøres på www.sundhed.dk indeholdende opdaterede oplysninger om en praksis tilknyttede læger, praksispersonale, træffetider med henblik på telefonkonsultation/åben konsultation, adgangs- og indretningsmæssige forhold, oplysning om ferie og fravær samt henvisning til/kontaktoplysninger for stedfortrædende læge (landsoverenskomstens § 28A). Lægen kan desuden hente informationer om klinikadministration via sygesikringsportalen på sundhed.dk. Almen praksis støtter i øvrigt sundhed.dk som medie, men tilkendegiver samtidig en stor interesse i, at brugerfladen udvikles og stabiliseres, såfremt optimal anvendelse skal være en realitet.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget arbejder for udvikling af klinisk kvalitet på tværs af sektorer.
- At samarbejdsudvalget arbejder for, at brugerfladen på www.sundhed.dk fortsat udvikles med henblik på en større udbredelse af mediet.

Elektronisk kommunikation med patienter

Det fremgår af overenskomstens § 39, at praksis skal tilbyde elektronisk kommunikation med patienterne (e-mail-konsultation, elektronisk receptfornyelse og elektronisk tidsbestilling) inden udgangen af 2008. Samarbejdsudvalget kan dog efter konkret ansøgning meddele dispensation fra denne tidsfrist.

I starten af april 2007 tilbød 45 % af alle praksis e-kommunikation med en eller flere e-ydelser. Udbredelsen er jævnt stigende. Udfordringen med øget elektronisk tilgængelighed bør dog være et udviklingsområde, der skal fokuseres på i planperioden.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget følger udbredelsen af e-kommunikation med patienterne i planperioden.

2.4.2 It som kvalitetsudviklingsværktøj

Foruden landsoverenskomstens krav til lægerne om at kunne kommunikere elektronisk er der mellem Danske Regioner og PLO enighed om, at der fremadrettet skal arbejdes med implementering af de erfaringer og resultater der er opnået i regi af Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt (DAK)²³. Størstedelen af de temaer, der har været behandlet relaterer sig til it-området: ICPC kodning, indikatorudvikling, datafangstmodul og databaser samt tilbagemelding/læring til lægerne og offentliggørelse af data.

Forløbsydelsen for diabetes, som beskrives nedenfor, er det første eksempel på en ydelse, der såvel introducerer en ny type ydelseshonorering (forløb frem for enkeltkontakter) samt integrerer ovenstående indsatsområder fra DAK projektet.

Det er hensigten med forløbsydelser, at de tilmeldte læger løbende får tilbagemeldinger på resultaterne af indrapporterede data. For at sikre opsamling af de relevante data anvendes et datafangstmodul, der automatisk og systematisk foretager dataopsamling i lægens elektroniske journal.

Forløbsydelsen for diabetes

Forløbsydelsen er en helt ny form for ydelseshonorering, som almen praksis kan tilslutte sig. Formålet med ydelsen er at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af kronisk syge, samt give den praktiserende læge et instrument til planlægning og kvalitetssikring af behandling og kontrol af diabetespatienter i egen praksis. Formålet er også at understøtte lægens tovholderfunktion med fokus på det samlede forløb. Ved tilslutning til forløbsydelsen forpligter lægen sig til at levere data til en national almenmedicinsk database²⁴.

²³ Samarbejdsaftale om kvalitetsudvikling (PLO og SFU januar 2006)

²⁴ Vejledning om forløbsydelsen for diabetespatienter. Protokollat af 245. januar om forløbsydelse for diabetespatienter i almen praksis s. 5

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at der fortsat arbejdes med datafangst og implementering af forløbsydelse i almen praksis.

ICPC-kodning

Bortset fra kravet om ICPC-kodning ved tilslutning til diabetesforløbsydelsen er kodning ikke et overenskomstkraev. Det anbefales dog brugt i almen praksis med henblik på struktureret dokumentation og kvalitetsudvikling. I DAK-e regi planlægges en spørgeskemaundersøgelse med henblik på at få et overblik over udbredelsesgraden samt interessen for ICPC-kodning. Undersøgelsen kan danne grundlag for et udbredelsesprojekt i regionen.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at anvendelsen af ICPC-kodning styrkes og udbredes.

2.4.3 Datakonsulentordning

Til understøttelse af it-anvendelsen i almen praksis har der ved alle fusionsparterne (bortset fra Bornholm) været etableret datakonsulentordninger. Datakonsulentordningerne er videreført i regionen i en samlet ordning. Der er aktuelt ansat 4 datakonsulenter til betjening af alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger.

Konsulenterne har en opsøgende funktion i forhold til de alment praktiserende læger, og varetager opgaver i relation til overenskomstens aftaler om anvendelse af it. Derudover understøtter datakonsulenterne en optimering af it-anvendelsen i almen praksis både i relation til arbejdsgang og kvalitetsudvikling samt elektronisk kommunikation mellem alment praktiserende læger, hospitaler og kommuner. Datakonsulenterne arbejder med relevante temaer enten som kontinuerlige opgaver eller mere projektorienteret.

Arbejdsopgaverne er stigende, idet interessen for klinisk anvendelse af it i den enkelte praksis øges, efterhånden som mange kliniske værktøjer udvikles. Udviklingen medfører også, at konsulenternes viden efterspørges i andre sammenhænge, hvor der kan forventes en påvirkning af kommunikation med alment praktiserende læger, f.eks. samarbejdet med kommunerne.

Der er ikke foretaget en egentlig evaluering af ordningen, men den vurderes som meget væsentlig for understøttelsen af it-anvendelsen i almen praksis, dels betinget af en stor ekspertise på et udviklingsområde, dels fordi det vil være for tidskrævende for den enkelte praksis at følge udviklingen.

Det er således forventeligt, at der fremadrettet kan blive behov for en udvidelse af ordningen, hvis samme serviceniveau for den enkelte praksis skal kunne opretholdes.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at datakonsulenternes samarbejde med de lægelige konsulenter styrkes med henblik på fortsat udvikling af brugen af it i almen praksis.

- At samarbejdsudvalget sikrer, at datakonsulenterne inddrages i relevante kvalitetsudviklingsprojekter.
- At samarbejdsudvalget arbejder for, at datakonsulenternes viden indtænkes i arbejdet med udvikling af it-værktøjer i sundhedsvæsnet.
- At samarbejdsudvalget sikrer, at der i planperioden gøres status på datakonsulentfunktionen med henblik på tilpasning af ordningen både i relation til opgaver og omfang.

3. Samarbejde mellem almen praksis og kommunerne

Foruden ovenstående indsatsområder som relaterer sig til opgaver på tværs af de tre sundhedsaktører (jf. 'trekanten'), er der behov for også at sætte fokus på samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne uden for 'trekanten'. Altså de forhold som alene eller primært vedrører samarbejdet med kommunerne i regionen. Der fokuseres særligt på behovet for dialog med kommunen om patientbehandlingen og om samarbejdet med kommunerne om lokale-mæssige udfordringer i almen praksis.

3.1 Dialog med kommunerne om patientbehandlingen

Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne består af en lang række forskellige kontakter, varierende fra dialog vedrørende enkeltpatienters forløb, til gensidig udveksling af information samt generel rådgivning og vejledning omkring udviklingen af nye kommunale sundhedstilbud.

For kommunerne er det væsentligt at sørge for at få etableret et godt samarbejde med almen praksis, idet det i høj grad er de alment praktiserende læger, der kan opspore patienter, der kan have gavn af forebyggelsestilbud. Dermed vil kommunen efter dialog med almen praksis kunne få viden om, hvilke kommunale sundhedstilbud der efterspørges.

Tilsvarende har almen praksis, som tidligere beskrevet, et behov for at være godt informerede om eksisterende og nye kommunale tilbud. Et højt informationsniveau om art og indhold er en forudsætning for, at almen praksis kan henvise til relevante tilbud.

Almen praksis har en række socialmedicinske opgaver vedr. f.eks. sygemeldinger og pensionssager, og måske derfor oplever almen praksis ikke sjældent patienter, der henvender sig i almen praksis uden et decideret lægeligt men snarere et socialt problem.

Blandt andet af denne årsag har almen praksis behov for en nem adgang til de rette kommunale nøglepersoner og sagsbehandlere på det sociale område, inden for hjemmeplejen, sundhedsplejen, beskæftigelsesområdet, socialpsykiatrien og i forhold til forebyggelse og patientuddannelse m.v.

Imidlertid peger almen praksis i DSI's undersøgelse af tovholderopgaven på en række udfordringer i samarbejdet med kommunerne, som særligt vanskeliggør lægernes tovholderrolle i forhold til udsatte patienter og de sociale aspekter af sygdom:

- At de praktiserende læger har svært ved at få fat i den kommunale sagsbehandler, der er relevant for netop deres patient.

- At der er lange ventetider på sagsbehandling i kommunen.
- At der mangler en gennemgående person i kommunalt regi.
- At den praktiserende læge på den ene side opfatter sig som patientens advokat samtidig med, at de fra kommunens side opfattes som systemets kontrollant²⁵.

Anbefaling:

- At regionen i samarbejde med kommunerne arbejder for, at almen praksis via sundhed.dk har adgang til relevant og opdateret elektronisk viden inden for kommunens sundheds- og socialområde.

For at opnå et godt gensidigt samarbejde og kendskab er der en række øvrige redskaber, der kan anvendes.

3.1.1 Kommunalt-lægelige udvalg

Almen praksis har ved Lægeforeningen kontaktet alle kommuner i regionen med opfordring om, at der nedsættes kommunalt-lægelige kontaktudvalg (jf. landsoverenskomstens § 57A). Derved etableres et dialogforum, hvor almen praksis og kommunen kan drøfte forhold indenfor det sociale og sundhedsmæssige område.

For at sikre en entydig kommunikationsvej til lægerne i kommunen vil almen praksis nedsætte kommunale lægelaug, som refererer til praksisudvalget. Aktuelt er der ikke dannet lægelaug i alle kommuner i regionen, men under praksisudvalget er dannet en gruppe af alment praktiserende læger, som fungerer som kontaktpersoner for de enkelte kommuner. Stort set alle kommuner er dækket ind på denne måde, og almen praksis er dermed klar til dialogen med kommunerne i takt med, at formaliserede dialogfora oprettes.

3.1.2 Kommunale praksiskonsulentordninger

I takt med flytning af sundhedsopgaver har flere kommuner etableret kommunale praksiskonsulentordninger. Almen praksis tilkendegiver tilsvarende en interesse, i at der oprettes kommunale praksiskonsulentstillinger, som kan fokusere på samarbejde og kommunikation mellem de kommunale forvaltninger og almen praksis. Ikke mindst i forhold til planlægning af relevante kommunale sundhedstilbud kan en praksiskonsulent bidrage med viden og erfaring. Både Region Hovedstaden og praksisudvalget håber på etablering af et samarbejde mellem praksiskonsulentordningerne, hvis kommunerne vælger denne løsning.

3.2 Samarbejde med kommunerne om lokaleforhold

De praktiserende læger er nøglepersoner i det samlede sundhedsvæsen, og det vurderes fra flere sider, at udviklingen af større praksisfællesskaber vil kunne forbedre mulighederne for faglig udvikling i almen praksis. Dette fremgår såvel af Regionsrådets politiske hensigtserklæringer for praksissek-

²⁵ ”Tovholder i almen praksis” af Lone Grøn m.fl. (DSI rapport 2007.04) samt ”Delrapport, almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen – Samarbejde og arbejdsdeling mellem almen praksis, region og kommune” (Danske Regioner, november 2007)

toeren samt af PLO's notat "På vej mod større lægehuse"²⁶. Endvidere vil større lægepraksis kunne have en gavnlig virkning for rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger. Således fremgår det af PLO's rapport "Rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis" (2003), at 60 % af almen medicinere, som ikke har nedsat sig i praksis, ønsker at nedsætte sig i flerlægepraksis. 24 % af seniorerne mener, at deltagelse i en flerlægepraksis ville være et incitament til at udskyde deres arbejdsophør.

Såvel hensynet til faglig udvikling som til fastholdelse og rekruttering er særdeles vigtigt i en situation, hvor kravene til almen praksis øges som følge af opgaveglidning fra hospitalsvæsnet, udviklingen i antallet af kroniske patienter og den tiltagende lægemangel.

Foruden et behov for samarbejde mellem de alment praktiserende læger og kommunerne omkring patientbehandlingen, er der behov for at etablere et samarbejde med kommunerne om at sikre velegnede lokaler til brug for almen praksis.

Det har i de hidtidige praksisplaner, særligt i Københavns Amt og det tidligere H:S (hvor andelen af solopraksis er stor), været ønsket at støtte de alment praktiserende læger i at organisere sig i flerlægepraksis.

I forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanen, er der gennemført en høring af de praktiserende læger i regionen. Undersøgelsen viser, at der er et ønske blandt mange solopraktiserende læger²⁷ om at skifte til flerlægepraksis. Samtidig viser undersøgelsen, at lokalernes rummelighed er et problem herfor, såvel som for mulighederne for anvendelse af praksispersonale i større omfang samt for indretning af uddannelsespladser. Tilsvarende er der i almen praksis interesse for at indgå i lokalefællesskaber med andre faggrupper, hvilket yderligere fordrer bedre lokaleforhold.

I overensstemmelse hermed viste PLO's praksistælling i 2005, at op mod halvdelen af lægerne i Region Hovedstaden ønskede en lokalemæssig udvidelse, og at over halvdelen af lægerne oplevede restriktioner i forhold til muligheden for at udvide. Det oplyste formål med udvidelsen var i overvejende grad et ønske om at drive praksis sammen med flere læger samt at ansætte læger under videreuddannelse i praksis, mens en lidt mindre andel ønskede at ansætte (mere) praksispersonale.

²⁶ "På vej mod større lægehuse", PLO 29. september 2007

²⁷ 68 læger angiver, at de gerne ville skifte til flerlægepraksis.

Faktaboks

Resultater fra spørgeskemaundersøgelse blandt regionens læger

Ønsker om at skifte fra sololæge til flerlægepraksis

Af den gennemførte spørgeskemaundersøgelse fremgår det, at 202²⁸ af de 407 læger, der har besvaret spørgeskemaet, aktuelt er i solopraksis.

Af de 202 læger, der angiver, at de er tilknyttet solopraksis, har 68 læger svaret, at de ønsker at indgå i en flerlægepraksis²⁹.

Som en barriere for at indfri ønsket om at skifte fra solo- til flerlægepraksis anføres af 72 % af de solopraktiserende læger muligheden for at erhverve egnede lokaler. Næst derefter peger mange på (62 %), at mulighederne for at finde en passende kompagnon er en væsentlig barriere. Langt færre vægter økonomiske forhold og det administrative arbejde som en barriere.

Disse forhold understøttes af de uddybende svar, hvor der endvidere peges på manglende velvilje i konkrete tilfælde fra de kommunale forvaltninger i forhold til egnede lokaler, samt manglende velvilje i samarbejdsudvalget til at etablere delepraksis.

Ønsker om at indgå i lokalefællesskaber

I alt 224 af de 407 læger, der har svaret på undersøgelsen, udtrykker interesse for at arbejde i et lokalefællesskab med andre faggrupper. Der er udtrykt interesse for lokalefællesskaber i alle de kommuner i regionen, hvor der er læger, der har besvaret spørgeskemaet.

Ønsker om at anvende praksispersonale i højere grad

I forhold til at anvende praksispersonale i højere grad end i dag, svarer 263 af de 407 læger, at de overvejer dette i højere grad end de gør i dag. 135 læger peger på, at deres nuværende praksislokaler ikke rummer muligheden.

Muligheder for at varetage tutorlægefunktion

201 læger af de 407 læger svarer, at de ikke varetager tutorlægefunktion. 114 læger anfører, at deres praksislokaler ikke rummer mulighed for indretning af uddannelsesplads.

De læger, der ønsker at skifte til flerlægepraksis, fremhæver således først og fremmest de fysiske rammer som en afgørende faktor for, om en flerlægepraksis rent faktisk etableres, ligesom større lokaler vil være påkrævet for at imødegå almen praksis' ønsker om at arbejde i et lokalefællesskab med andre faggrupper. Samtidig peger mange læger på, at deres fysiske rammer ikke rummer mulighed for ansættelse af yderligere praksispersonale eller indretning af uddannelsespladser for yngre læger.

²⁸ En del af disse læger er i delepraksis

²⁹ Når solo praktiserende læger ønsker at skifte til flerlægepraksis, kan det hænge sammen med et ønske om fagligt fællesskab eller nedsat tid/aflastning.

Som det fremgår af det ovenstående, er det en særlig udfordring at understøtte almen praksis i at finde egnede lokaler samt at øge samarbejdet vedrørende alternative organisatoriske former. Samarbejdsudvalget har i tråd hermed besluttet, at der i forbindelse med praksisplanen skal udarbejdes et forslag til handleplan for, hvordan samarbejdsudvalget kan hjælpe de alment praktiserende læger med at finde lokaler, der er egnede til større praksisfællesskaber. Initiativet kræver tæt samarbejde med kommunerne³⁰.

Interessen fra kommunerne for at deltage aktivt i denne udfordring vurderes at være stor, idet det er afgørende for særligt rekrutteringen til - men til en vis grad også fastholdelsen af - læger i almen praksis i kommunen. Der ses allerede stedvise rekrutteringsvanskeligheder i regionen, og med den strukturelle udvikling i sundhedsvæsnet sammen med det faldende antal praktiserende læge, forudses problemet at stige.

3.2.1 Konkrete initiativer i forhold til kommunerne i forhold til lokaler

For at sætte gang i udviklingen hen imod større og mere hensigtsmæssige praksislokaler er der behov for utraditionelle og gensidigt forpligtende løsninger både i relation til lokaler og organisatoriske tiltag. Kommunerne bliver en vigtig sparringspartner i denne sammenhæng.

F.eks. peger almen praksis på konkrete lokalplanmæssige restriktioner i kommunerne for at kunne etablere sig i mere hensigtsmæssige praksislokaler. Herunder nævnes problemer med nedsættelse i gadeplan og i boligområder³¹. Kommunerne bør således inddrages i løsningen af de lokalemæssige problemer i almen praksis på forskellige måder, varierende fra tilpasning af lokalplaner til udpegning af konkrete grunde/lokaler til lægepraksis.

Yderligere vil det være relevant, at kommunerne indtænker behov for plads til almen praksis - med en læge per 1600 borgere - ved større nybyggerier og byplanlægning (f.eks. Ørestad, se i øvrigt del 1 herom). Endelig vil det være relevant, at kommunerne indtænker velegnede lokaler til brug for etablering af lægepraksis i tilknytning til eventuelle fremtidige kommunale sundhedstilbud eller sundhedscentre.

Anbefalinger:

- At regionen sikrer, at der snarest muligt indledes en dialog mellem region, almen praksis og kommunerne med henblik på fremskaffelse af egnede praksislokaler.
- At regionen afsætter ressourcer, herunder økonomi, til at løfte regionens del af samarbejdet.

Der udarbejdes en 'faktaside', der præsenterer forholdene i den enkelte kommune, som vil kunne indgå i drøftelserne med kommunerne.

³⁰ Besluttet i forbindelse med samarbejdsudvalgets behandling af delplanen vedr. rekruttering og fastholdelse d. 30. marts 2007.

³¹ F.eks. kravet i Københavns Kommune om, at beboelsesejendomme kun må anvendes til lægepraksis, hvis lægen samtidig stiller en erstatningsbolig.

I samarbejdsudvalget er det besluttet, at praksisudvalget arbejder videre med at etablere en vikar- og kontaktbørs (for køb og salg af praksis)³².

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at der etableres en lokalebørs, hvor både ledige erhvervslejemål og evt. kommunale lejemål kan annonceres i sammenhæng med vikar- og kontaktbørsen.

4. Samarbejde mellem almen praksis og hospitalerne

Ligesom der i det ovenstående blev sat fokus på et styrket samarbejde mellem almen praksis og kommunerne, er der i planperioden behov for et styrket samarbejde mellem almen praksis og hospitalerne, hvilket er omdrejningspunktet for nedenstående.

4.1 Praksiskonsulentordningen

De tidligere praksiskonsulentordninger er aktuelt videreført i regionen. Med regionsdannelsen er der sat en proces i gang for at udforme en ny samlet organisering af praksiskonsulentordningen.

Praksiskonsulenterne er alment praktiserende læger, der er tilknyttet en eller flere hospitalsafdelinger/lægefaglige specialer, og som skal formidle samarbejdet mellem hospitalsafdelinger/specialer og de praktiserende læger i hospitalets optageområde. Formålet med ordningen er at bidrage til helhed i patientforløbet med høj faglig kvalitet, god service og effektiv ressourceudnyttelse. Dette skal ske ved, at praksiskonsulentordningen medvirker til at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem praksissektor og hospitalssektor samt arbejder for, at de enkelte patientforløb tilrettelægges hensigtsmæssigt ved sektorovergangene og medvirker til at optimere kvaliteten i samarbejdet mellem almen praksis og hospital. I dette arbejde indtager patientforløbsbeskrivelser og praksiskonsulenternes nyhedsbreve en væsentlig rolle i udbredelsen af ordningens resultater i forhold til egne kolleger.

I forbindelse med udformningen af en ny regional praksiskonsulentordning er det vigtigt, at der tages hensyn til de gode erfaringer, der allerede er gjort i de hidtidige praksiskonsulentordninger, samtidig med at ordningen lever op til de krav om videreudvikling, herunder koordinering og prioritering, der kan stilles til en ny samlet organisering.

I en evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark, foretaget af Muusman Research & Consulting; den såkaldte Muusman-rapport³³, pegede Sundhedsstyrelsen på, at der er en række udfordringer for praksiskonsulentordningen, herunder:

- At der er lav opbakning til ordningen og en oplevelse af svag gennemslagskraft fra almen praksis³⁴.

³² Besluttet i forbindelse med samarbejdsudvalgets behandling af delplanen vedr. rekruttering og fastholdelse d. 30. marts 2007.

³³ Data indsamlet i 2001-2

³⁴ Kun 54% af de praktiserende læger er tilfredse med ordningen mens 42 % ville bruge ressourcerne anderledes.

- At ordningen er meget personafhængig.
- At der mangler ledelsesmæssigt fokus.
- At der mangler (målbarhed af) klare succeskriterier og målsætninger.

Alt i alt forhold der taler for en øget koordination og prioritering, så praksiskonsulentordningen fremstår styrket i en ny samlet organisering.

Praksiskonsulentordningerne udgør således et vigtigt element i samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne. Med fokus på sammenhæng i patientforløb og alment praktiserende lægers rolle som gatekeeper og tovholder er det nødvendigt at styrke dette samarbejde på en gensidig forpligtende måde.

4.1.1 Organisering af praksiskonsulentordningen

Ved at definere klare målsætninger og målbare succeskriterier, der løbende prioriteres, og en årlig evaluering af opnåede resultater vil praksiskonsulentordningens effekt kunne dokumenteres. Derfor vurderes det relevant at ned-sætte en styregruppe med repræsentanter for hospitalsledelsen, regionens forvaltning, praksiskoordinatorer og praksisudvalget til koordinering af disse tiltag.

Det er samtidig afgørende, at alle konsulenter i en ny regional praksiskonsulentordning tilbydes samme vilkår med kendte mål og succeskriterier. Det er hensigten, at der i ordningen skal sikres udveksling af ideer og resultater mellem hospitalerne, således at der opstår synergi.

Anbefaling:

- At regionen og praksisudvalget sikrer, at der etableres en regional praksiskonsulentordning, hvor handleplan og mål for ordningen aftales mellem de involverede parter med henblik på at synliggøre effekten af ordningen i såvel hospitalsvæsenet som i almen praksis.

4.2 Visitation

De alment praktiserende læger har før regionsdannelsen haft forskellige muligheder for visitation³⁵ til videre behandling i hospitalssektoren. Nogle steder har der været en central visitationsordning. Andre steder har almen praksis haft ansvaret for at visitere direkte til det enkelte hospital eller den enkelte afdeling.

Der er i almen praksis et ønske om en centraliseret visitationsordning, der kan modtage henvisninger, såvel akutte som elektive, fra almen praksis. Visitationen skal sikre en korrekt og effektiv fordeling til relevante hospitaler/afdelinger. Af hensyn til behovet for at den enkelte visitation har et vist lokalt kendskab, ser almen praksis mulighed for at ordningen forankres omkring de planlægningsmæssige hovedområder. Behovet for centralisering af visitationen vokser med de forestående strukturmæssige forandringer og opgaveflytninger inden for hospitalsvæsenet. Kunne visitationen samtidig få ansvaret for bestilling af transport, hvor der er behov for dette, ville ikke ubetydelige lægefaglige ressourcer frigøres specielt i lægevagten.

³⁵ Ved visitation forstås henvisning af patienten til videre behandling i hospitalsvæsenet på baggrund af en almen lægelig vurdering.

Anbefaling:

- At regionen undersøger muligheden for, at der oprettes en regional visitationsordning for hospitalsindlæggelser, eventuelt forankret omkring hovedområderne.

4.3 Akutområdet

Af de politiske hensigtserklæringer fremgår et ønske om, at praksissektoren skal indgå i en kompetent enstrenget akutbetjening. Der forventes igangsat en særskilt planlægning på området i samarbejde mellem de involverede parter.

4.3.1 Tilgængelighed for den akutte patient i almen praksis

For at almen praksis kan varetage den lægelige visitation af alle akut syge borgere er det helt afgørende, at almen praksis har en høj tilgængelighed for akutte henvendelser i såvel dag- som vagttid. Angående tilgængeligheden (for akuthenvendelser) i dagtiden er det afgørende, at almen praksis sikrer en teknologisk og organisatorisk tilrettelæggelse af praksisdriften, der medfører en optimal tilgængelighed.

Angående kapacitet og tilgængelighed i lægevagten er det afgørende, at lægevagten justeres organisatorisk i takt med udviklingen, således at lægevagten kan håndtere alle akut syge patienter, også ved en øgning i antal som følge af eventuelle ændringer i tilrettelæggelsen af akutberedskabet i hele regionen (se endvidere senere i planen vedr. organisering af lægevagten).

Anbefalinger:

- At regionen arbejder med muligheden for etablering af en enstrenget ordning, der døgnet rundt sikrer borgerne en betjening ved akut sygdom af høj kvalitet under samtidig hensyntagen til en effektiv ressourceudnyttelse.
- At samarbejdsudvalget sikrer, at der arbejdes systematisk med at sikre kapaciteten og tilgængeligheden i almen praksis i både dag- og vagttid.
- At regionen sikrer, at alment praktiserende læger aktivt inddrages i kortlægning og planlægning af den samlede akutbetjening af regionens borgere.

Udvikling i almen praksis

5. Forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse

Det er ønsket at skabe de bedste betingelser for, at almen praksis i Region Hovedstaden kan mestre de udfordringer, som følger af den aktuelle sundhedsudvikling og udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen: udviklingen af nye behandlingsmetoder, øgede forventninger blandt patienterne, ændring af patienternes sygdomsbillede i retning af flere patienter med geriatriske, kroniske sygdomme samt livsstilssygdomme. De ændrede strukturer i hospitalsvæsenet og de nye samarbejdsrelationer til kommunerne, der følger af strukturreformen, stiller nye krav til almen praktiserende lægers faglige kompetencer og til almen praksis' rolle som tovholder og koordinator i sundhedsvæsenet. Samtidig med disse ændringer oplever regionen, at lægemanglen truer. I enkelte områder er kapaciteter ubesatte og rekruttering og generati-onsskifte forventes vanskeligere end før (se del 1 – kapacitetsplan).

Det er ønsket at skabe en udvikling frem mod en almen praksis, som har tilstrækkelig faglig og organisatorisk styrke til at spille den centrale rolle, der lægges op til. Praksisplanen behandler i det følgende, hvordan forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse kan bruges aktivt i en fremadrettet indsats for at nå dette mål.

Praksisplanens rolle i forhold til forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse vil være at understøtte implementering af den udvikling, som er i gang, samt aktivt understøtte fortsat udvikling.

I det følgende beskrives rammerne for forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse i regionen, der redegøres for, hvilke udfordringer der ses, og hvordan disse anbefales varetaget. Fokus sættes her på kerneydelsen, behandling af patienter i almen praksis. Samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og kommuner er behandlet tidligere i planen.

5.1 Rammer for forskning

”Politik for Sundhedsforskning i Region Hovedstaden” september 2007 beskriver, hvordan forudsætningen for et velfungerende sundhedsvæsen er skabelsen af ny viden. Det er ønsket, at forskningspolitikken skal bidrage hertil ved bl.a.:

- At den kliniske forskning får en højere prioritet.
- At det bliver mere attraktivt at få en forskerkarriere.

- At der skabes bedre forskningsmiljø.
- At service- og støttefunktioner af høj kvalitet etableres.
- At skabe synergi mellem forskningsområder og primært patientbehandling.

Implementeringen af politikken er beskrevet i "Handlingsplan 2008 for Sundhedsforskning", hvor 5 strategiske forskningsområder udpeges:

1. Sygdomsforståelse
2. Psykiatri- og neuroområdet
3. Behandlingsmetode og implementering
4. Forebyggelse og sundhedsfremme
5. Forskning i optimale patientforløb

Ud over disse overordnede temaer er der sat fokus på forskningssamarbejde med kommuner og praksissektor – det sammenhængende sundhedsvæsen. De sundhedsprofiler der aktuelt er under udarbejdelse indgår som et element i det videre forskningssamarbejde.

Det almen medicinske forskningsmiljø med afdelingen for Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis bidrager med deltagelse i regionens forskningsråd og ikke mindst med aktiv forskning til fortsat udvikling i almen praksis og udbygning af et forskningsmiljø omfattende almen praksis.

Anbefaling:

- At region og praksisudvalg har fokus på, at der i almen praksis skabes incitamenter til fortsat forskning og videndeling.

5.2 Rammer for kvalitetsudvikling og efteruddannelse

Arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis foregår inden for rammer fastsat i Landsoverenskomsten for almen lægegerning og beslutninger truffet i regionen. I samarbejde mellem praksisudvalget og regionen dannedes i 2007 Center for Kvalitetsudvikling og Efteruddannelse i Almen Praksis i Region Hovedstaden (KvEAP) med det sigte at samle og facilitere indsatsen. Der er blandt de praktiserende læger i regionen stor interesse for kvalitetsudvikling og efteruddannelse, dette fremgår af spørgeskemaundersøgelsen foretaget i 2007.

5.2.1 Relationer til Landsoverenskomsten

Landsoverenskomsten for almen lægegerning sætter overordnede rammer for kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

På landsplan fungerer en række overenskomstfastsatte fonde, udvalg og enheder, herunder Fonden for kvalitetsudvikling og informatik. I disse fonde, udvalg og enheder udvikles overordnede rammer og redskaber til udviklingen i almen praksis. Rammer og redskaber som implementeres regionalt gennem Kvalitets- og efteruddannelsesudvalg (KVEU) samt gennem efteruddannelsesvejledernes indsats. Landsoverenskomsten og tilhørende protokollater fastsætter i forhold til Fonden for kvalitetsudvikling og informatik, at udviklingen og finansieringen af landsdækkende kvalitetsudviklingsinitiativer og

informatikredskaber skal sikre, at kvalitetsudviklingsarbejdet i almen praksis – overordnet set – bevæger sig i samme retning som Den Danske Kvalitetsmodel.

På regionalt niveau fastsætter landsoverenskomsten, at der nedsættes et kvalitets- og efteruddannelsesudvalg (KVEU) som underudvalg til samarbejdsudvalget. Udvalget skal fremme kvalitetsudvikling og efteruddannelse blandt de praktiserende læger, herunder bidrage til implementering af nye faglige ydelser og andre tiltag aftalt af overenskomstens parter. Dette sker i praksis bl.a. ved at KVEU yder støtte til kvalitetsprojekter med udgangspunkt i den enkelte praksis, efteruddannelsesgruppe eller anden samarbejdsrelation. Landsoverenskomsten fastsætter, at de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg inddrages i koordineringen af kvalitetsarbejdet på landsplan, og at udvalgene gennem deres arbejde og anvendelse af deres midler støtter implementering af initiativer fra Fonden for kvalitetsudvikling og informatik. Landsoverenskomsten fastlægger, at der årligt afsættes 5,24 kr. pr. gruppe 1-sikret til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Denne pulje svarer til omtrent 8,5 mio. kr. i Region Hovedstaden. Samarbejdsudvalget træffer aftale om fordelingen af midlerne og kan delegerer bevillingskompetence til KVEU.

Samarbejdsudvalget i Region Hovedstaden har godkendt en årsplan for KVEU, som gælder for perioden juli 2007 - juni 2008 (se bilag 11 a og b).

Årsplanen fastlægger tre hovedområder for kommende kvalitetsudviklingsprojekter: *Praksisudvikling*, *Utilsigtede hændelser* og *Kroniske sygdomme*. Der lægges i årsplanen endvidere op til en vurdering af hvilke konkrete tilbud og krav, der skal stilles vedr. den gruppebaserede efteruddannelse, og hvordan tidligere gennemførte uddannelsesforløb vedrørende anvendelse af forløbsydelsen for diabetespatienter skal følges op. Efteruddannelse med anvendelse af APO-metoden (Audit Projekt Odense) vil blive støttet efter konkret vurdering.

5.2.2 Rammer fastlagt af regionen

Almen praksis er som ydere af almen lægehjælp for regionen omfattet af Region Hovedstadens kvalitetsorganisation, som indtil videre har størst virkefelt og gennemslagskraft i hospitalssektoren. Denne kvalitetsorganisation blev fastlagt af Regionsrådet i forbindelse med godkendelsen af Kvalitetsstrategi for Region Hovedstaden 2007-2009. Kvalitetsorganisationen omfatter hele sundhedsområdet, somatik og psykiatri, hospitalssektor og praksissektor samt de sociale tilbud. Kvalitetsorganisationens øverste organ er ”Regionens Kvalitetsråd”, herunder er indplaceret en ”Koordinationsgruppe for kvalitet”, et udvalg for kvalitetsdokumenter, de over 40 sundhedsfaglige råd og tværgående komiteer samt en række netværk vedr. patientoplevelt kvalitet, klinisk kvalitet, patientsikkerhed og dokumentstyring.

Kvalitetsstrategien for Region Hovedstaden angiver mål og principper for kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet og de sociale tilbud. Strategien skal sikre, at der i videst muligt omfang er en fælles tilgang til kvalitetsarbejdet og understøtte, at patientforløb bliver sammenhængende og af høj kvalitet, også i overgange mellem hospital, almen praksis og kommune.

Kvalitetsstrategien (se bilag 12) omhandler seks overordnede indsatsområder, hvor af de følgende relaterer sig til såvel hospitalssektor som praksissektor:

- Forløbsstyring og tværsektoriel udvikling.
- Styrket patientsikkerhed.
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet.
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet.

Der er endnu ingen klare retningslinjer for, hvordan principper fra kvalitetsstrategien implementeres i den aftalebaserede styring af praksissektoren. Det påpeges, at regionen har ansvar for kvalitetsudvikling af praksissektoren, og at kvalitetsudviklingsprojekter, som primært har været forankret i kvalitetsudviklingsudvalgene for almen praksis i de tidligere enheder, i den nuværende region skal vurderes og sammentænkes med henblik på at sikre en større forankring og hensigtsmæssig kobling med hospitalernes aktiviteter. Det anføres i kvalitetsstrategien, at der er behov for at udarbejde en særlig plan for dette arbejde, som skaber sammenhængskraft, og som indtænker de særlige kompetencer, der er opbygget i almen praksis samt har fokus på læring. Planen skal desuden sikre en stærk organisatorisk kobling mellem de to sektorer for at sikre kvalitet og sammenhæng i indsatsen overfor patienter med tværsektorielle forløb.

Regionsrådet har, som tidligere beskrevet, i 2007 formuleret politiske krav og ønsker til praksisplanlægningen i regionen. Overordnet er det ønsket, at praksissektoren skal understøtte helhedstænkningen i det samlede sundhedsvæsen, og at praksissektoren skal indtage en central placering i det samarbejdende sundhedsvæsen, både i relation til samarbejdet med kommuner og hospitaler. Hensigtserklæringerne sætter i denne sammenhæng blandt andet fokus på kvalitet og faglig udvikling i almen praksis.

Regionsrådet udtrykker klart den forståelse, at udvikling af kvaliteten i faglige ydelser og udvikling af service overfor patienterne vil få væsentligt bedre betingelser ved organisering af praksis som større enheder, dvs. flerlægepraksis, som ønskes fremmet. Denne forståelse fremgår også af hensigtserklæringernes konklusionsafsnit, som citeres herunder:

”Almen praksis er borgerens indgang til sundhedsvæsnets i tilfælde af sygdom eller ulykke. Det er derfor vigtigt, at praksissektoren har så bred en viden at stille til rådighed for patienten som muligt. Region Hovedstaden skal bidrage til at skabe muligheder for at udnytte de mange forskellige kvalifikationer og udviklingspotentialer i praksissektoren. Kvalitetsudviklingen og den faglige udvikling har de bedste forudsætninger i brede professionelle miljøer, hvor den enkelte sundhedsprofessionelles faglighed kan udvikles i tæt samspil med andre. Samtidig vil en ændret organisation forbedre praktiske muligheder for eksempelvis at deltage i efteruddannelse. Tilgængeligheden vil kunne øges markant ved udvidet telefonisk- og elektronisk tilgængelighed, såvel som åbningstider herunder dækning ved ferie mv.”

5.2.3 Center for Kvalitetsudvikling og Efteruddannelse i Almen Praksis i Region Hovedstaden (KvEAP)

Med henblik på at samle indsatsen omkring kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis etableredes i 2007 'Center for kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis i Region Hovedstaden' (KvEAP). Centeret drives i et samarbejde mellem Region Hovedstaden og Praksisudvalget i Region Hovedstaden (se bilag 13).

Formålet med KvEAP's arbejde er følgende:

- At fremme og understøtte arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse.
- At fungere som videncenter for kvalitetsudvikling og efteruddannelse.
- At bidrage til sammenhæng i kvalitetsudviklings- og efteruddannelsesindsatsen, herunder sikre at initiativerne når ud til den enkelte praksis.
- At være brobygger mellem kvalitetsarbejdet i almen praksis og sundhedsvæsenet generelt.

KvEAP skal endvidere bidrage til implementering af nye faglige ydelser og andre tiltag aftalt af overenskomstens parter, samt varetage opgaver i relation til kvalitetsarbejdet på landsplan, som initieres af kvalitets- og informatikfonden. Derudover skal KvEAP understøtte den enkelte praktiserende læge i arbejdet med kvalitetsudvikling. Ud fra formålet er formuleret en række konkrete opgaver for centret i relation til betjening af KVEU.

Det indgår specifikt i aftalen om KvEAP, at der skal etableres et tæt samarbejde med Koncern Plan og Udvikling, og at KvEAP skal etablere samarbejde og videndeling mellem konsulentordningerne på kvalitets- og efteruddannelsesområdet og øvrige konsulentordninger, herunder praksiskonsulentordningen. I selve KvEAP indgår fremover både kvalitetsudviklingskonsulenter og efteruddannelseskonsulenter. De øvrige konsulentordninger der skal etableres samarbejde med er: praksiskonsulenter og koordinatore, medicinkonsulenterne, datakonsulenterne og uddannelseskoordinatorerne vedr. den lægelige videreuddannelse.

KvEAP har lokaler i København og indgår fysisk i et fagligt miljø omkring almen medicin. KvEAP ledes af en centerleder, som er alment praktiserende læge i regionen. KvEAP' drift finansieres af kvalitets- og efteruddannelsesmidlerne samt et tilskud fra regionen.

Det indgår i aftalen om KvEAP, at enhedens funktion evalueres inden udgangen af 2009.

5.2.4 Lægernes ønsker til kvalitetsudvikling og efteruddannelse

Spørgeskemaundersøgelsen foretaget i efteråret 2007 omfatter enkelte spørgsmål vedr. kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

Undersøgelsen viser en stor interesse blandt de besvarende læger for at 'kvalitetsudvikling' skal være et fokus i praksisplanen. 82 % finder dette emne "vigtigt" eller "meget vigtigt".

I undersøgelsens frie tekstsvar udtrykkes ønske om udvidelse af muligheder for kvalitetsudvikling og efteruddannelse, herunder ensretning af disse. Samtidig er der bekymring for voksende krav, forringet selvbestemmelse og kontrol samt for tidsforbruget.

5.3 Indsatsområder og anbefalinger

Som nævnt indledningsvis er det ønsket at skabe de bedste betingelser for, at almen praksis kan mestre de udfordringer, som følger den aktuelle samfundsudvikling og udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

Det er ønsket at skabe en udvikling mod en bæredygtig almen praksis, hvor opbygning af tilstrækkelig faglig og organisatorisk styrke giver mulighed for at de kan spille den centrale rolle, som udviklingen i opgaverne lægger op til. Der sigtes mod en faglig og organisatorisk bæredygtighed, som indebærer, at såvel den enkelte praksis som almen praksis som helhed, tilbyder behandling og service af høj kvalitet, at ressourceudnyttelsen i praksis er effektiv, og at almen praksis er attraktiv både for patienter og læger. Kvalitetsudvikling og efteruddannelse er redskaber, som kan bruges målrettet i en fremadrettet indsats for at nå dette mål.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at kvalitetsudvikling og efteruddannelse bruges målrettet i en fremadrettet indsats for at skabe en udvikling mod en bæredygtig almen praksis.

Det antages grundlæggende, at større praksisenheder er et middel til at udvikle og sikre praksis' bæredygtighed på en række områder. De praktiserende læger er enige i ønskerne om, at udviklingen bør gå mod større praksis, men påpeger samtidig, at det er vigtigt at fokusere på udvikling såvel i flerlægepraksis som i solopraksis.

I dette afsnit fokuseres på kvalitetsudvikling og efteruddannelse i praksis vedr. kerneydelsen behandling af patienter og praksis' organisering.

5.3.1 Udvikling af praksis' drift og organisering

Udvikling og professionalisering af praksis' drift og interne organisering samt samarbejde mellem praksis vurderes vigtig for at opnå bæredygtige praksis, herunder for at optimere anvendelse af de knappe lægerressourcer. En indsats omkring praksisorganisation indgår i KVEUs årsplan. Praksisplanen vil på dette indsatsområde understøtte og viderebringe den udviklingsindsats, som er i gang.

De faglige udfordringer giver anledning til en stigende opmærksomhed på redskaber til at udvikle praksis' organisering og dermed til at skabe en god kultur for kvalitetsudvikling, efteruddannelse, videndeling og faglig sparring i både solopraksis og flerlægepraksis.

Følgende redskaber er i regionen i fokus med henblik på udvikling af praksis' drift og organisering:

- Praksismatrix

- DanPEP
- Praksismanagement
- Øget anvendelse af praksispersonale
- Udvikling af netværkspraksis.

Praksismatrix

Praksismatrix er et redskab til organisationsudvikling i den enkelte praksis. Praksismatrix omhandler forskellige organisatoriske aspekter f.eks. journal-systemer, it, deltagelse i kliniske audits, implementering af kliniske vejledninger, patientevalueringer. Metoden indebærer, at alle ansatte i praksis vurderer egen indsats, hvorefter man mødes og drøfter praksis' status samt sætter mål for udviklingen. Praksismatrix kører som delprojekter i Region Midt og i Region Hovedstaden med en central styregruppe for hele projektet. Projektet er finansieret af kvalitetsudviklingsmidler. Projektet fortsætter frem til medio 2008, hvor en evaluering foretages.

DanPEP

Danish Patients Evaluate General Practice (DanPEP) er et landsdækkende kvalitetsudviklingsinitiativ for almen praksis. Formålet med DanPEP er at give praktiserende læger mulighed for at inddrage deres patienters vurdering i kvalitetsudvikling af praksis. DanPEP kan suppleres med kvalitative undersøgelsesmetoder, ligesom der kan arbejdes med en facilitatorordning for at fastholde ønsket om ændringer i praksis.

Praksismanagement

Praksismanagement handler om udvikling af praksisdriften gennem professionel administration og ledelse. Professionel administration og ledelse kan være en vej til at optimere anvendelsen af lægeressourcer i praksis. Der kan arbejdes med en indsats overfor lægerne, således at den tid der bruges til administration og ledelse bruges effektivt. Alternativt kan der ansættes en praksismanager til planlægning, administration og personaleledelse, således at lægen i større omfang friholder tid til klinisk arbejde.

Øget anvendelse af klinisk praksispersonale

Det er vigtigt at fokusere på, at ressourcerne i almen praksis udnyttes optimalt. Derfor er en øget anvendelse af klinisk praksispersonale ønskelig, idet delegering fra læge til praksispersonale vurderes hensigtsmæssig i udnyttelsen af sundhedsfaglige ressourcer, bl.a. i behandlingen af kronisk syge patienter. For solopraksis kan det være vanskeligt at få fuldt udbytte af fuldtidsansat praksispersonale, her ligger der muligheder i, at flere praksis går sammen om ansættelse af praksispersonale. Omfanget af klinisk praksispersonale, personalets uddannelse og opgaver er ikke kendt, hvorfor en kortlægning, som foreslået i delplanen om rekruttering og fastholdelse, er væsentlig i planperioden. Rekrutterings- og efteruddannelsesmuligheder for personalet bør tilsvarende vurderes. Undersøgelsen vil udgøre et grundlag for tilrettelæggelse af udviklingsprojekter. En velkendt barriere for øget anvendelse af praksispersonale er dog de fysiske rammer i mange praksis.

Udvikling af netværkspraksis

Yderligere drøftes blandt de praktiserende læger mulighederne i netværksudvikling. Netværkspraksis er praksis, som samarbejder uden lokalefællesskab. Netværkssamarbejde kan omfatte fællesskab om klinisk praksispersonale, om klinikudstyr og instrumenter. Samarbejdet kan også omfatte en stedfortræder funktion. Det drejer sig om samarbejdsformer, som bidrager til styrkelse af den enkelte praksis organisatoriske bæredygtighed, og som samtidig kan skabe rum for kvalitetsudvikling, efteruddannelse, videndeling og faglig sparring.

Anbefalinger:

- At regionen fortsætter sit engagement vedr. udvikling og udbredelse af metoder til organisationsudvikling af praksis, professionalisering af praksis' drift og anvendelse af brugerundersøgelser.
- At regionen i planperioden afsætter ressourcer til en undersøgelse af anvendelsen af praksispersonale.

5.3.2 Kronisk syge patienters behandling

Udviklingen af nye modeller for behandling af kroniske patienter i form af forløbsprogrammer udgør en væsentlig udfordring for almen praksis i planperioden.

Forudsætningerne for at placere omfattende opgaver omkring behandlingen af kroniske patienter i almen praksis er grundlæggende til stede, men der ses behov for en fokuseret anvendelse af efteruddannelse og kvalitetsudvikling for at udbrede viden om forløbsprogrammer og efteruddannelsestilbud vedr. nye forløbsydelse i almen praksis.

Landsoverenskomsten fra 2006 har indført en forløbsydelse for diabetespatienter. Indførelsen har til formål at sikre og udvikle kvaliteten i behandlingen af netop disse kroniske patienter. Ydelsen vil give mulighed for anvendelse af værktøjer udviklet til systematisering og kvalitetssikring af behandling og kontrol af diabetespatienter i praksis. Med ydelsen vil der herudover blive øget fokus på tværsektorielt samarbejde om diabetespatienterne.

Den nye model for behandlingen af diabetespatienter er første skridt til, at almen praksis varetager rollen som tovholder for behandling af alle patienter med kronisk sygdom i et formaliseret tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med øvrige sundhedsaktører.

Anbefalinger:

- At regionen sikrer, at almen praksis aktivt involveres i udarbejdelse og implementering af modeller for kronikerbehandling, som de formuleres i regionen.
- At samarbejdsudvalget understøtter implementering af diabetes forløbsydelsen gennem efteruddannelsestiltag og kvalitetsprojekter.

5.3.3 Særlige patientgrupper

Med udtrykket særlige patientgrupper henføres til patienter som foranlediger særlig tidskrævende udredning eller behandling i almen praksis. Problema-

tikker omkring særlige patientgrupper behandles i praksisplanen med henblik på at opnå en mere optimal anvendelse af de knappe lægeressourcer i almen praksis.

Almen praksis er den åbne uvisiterede indgang til sundhedsvæsnet. I almen praksis kommer mange patienter, som er svære at kategorisere f.eks. patienter som har angst for sygdom, med depression eller anden psykisk lidelse og misbrugere af alkohol og medicin. Endvidere patienter med komplekse lægelige problemer, som f.eks. svage ældre medicinske patienter, hvis sygdomme kræver behandling i flere sektorer. Nogle patienters problemer har et stort socialt element og afføder socialmedicinsk samarbejde med kommunen i stort omfang, denne gruppe omfatter også udsatte børn og unge.

Endelig kommer nogle patienter med både lægelige og ikke lægelige problemer, som de ønsker lægens hjælp til. Såvel sociale, som arbejdsmæssige og bolig-mæssige problemer bringes af nogle patienter til almen praksis. Disse patienter ved ofte ikke selv på forhånd, hvilken instans deres problem rettelig bør behandles og benytter egen læge til en mangfoldighed af problemer.

Netop fordi almen praksis er indgangen til sundhedsvæsnet, ligger der en til tider vanskelig opgave for lægen i at udrede, hvad der er lægelige problemer, og hvad der bør henvises til f.eks. kommunen. En opgave som kan medføre et stort tidsforbrug fra lægens side.

Det er lægernes ønske, at flest mulige henvendelser, som ikke vedrører direkte lægelige problemer, løses andre steder. Det vurderes, at en øget dialog mellem almen praksis og kommuner om grænser og gråzoner mellem det lægelige og det sociale, samt de kommunale sundhedstilbud, kan lette både kommunens og lægernes vejledning og dermed sikre patienterne de bedste tilbud. Dette aspekt er behandlet i kapitel 3.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget kortlægger problemstillingerne omkring særlige patientgrupper og vurderer mulighederne for bedre at varetage disse problemer gennem kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

5.3.4 Videreudvikling af rationel medicinanvendelse

Med henblik på at sikre og udvikle kvaliteten i alment praktiserende lægers medicinanvendelse har regionen etableret Medicinfunktionen.

Medicinfunktionen er sammenlagt af de tidligere lægemiddelenheder i de fusionerede organisationer. Medicinfunktionen består af fire administrative medarbejdere samt 14 medicinkonsulenter, der alle er praktiserende læger i regionen.

Kvalitet i de alment praktiserende lægers medicinanvendelse søges opnået ved at øge lægernes viden om rationel lægemiddelanvendelse gennem en fokuseret informationsindsats i form af temamøder, udsendelse af nyhedsbreve og basislister over rekommanderede lægemidler. Der tilbydes desuden praksisbesøg, hvor en medicinkonsulent besøger den enkelte praksis og har

en dialog om rationel medicinanvendelse på baggrund af den pågældende læges ordinationsprofil. Endvidere indgår anvendelsen af den personlige elektroniske medicinprofil (PEM). Herudover tilbydes grupper af praktiserende læger en indsats til nedbringelse af forbruget af nerve- og sovemedicin.

Med henblik på videreudvikling og implementering af metoder og redskaber, der kan fremme rationel lægemiddelanvendelse deltager medicinfunktionen i tværfagligt, tværsektorielt og nationalt samarbejde om rationel lægemiddelanvendelse.

Rationel medicinanvendelse tilgodeses endvidere gennem en § 2-aftale, som alene gælder de alment praktiserende læger i Københavns Kommune. Aftalen sikrer lægerne honorering for medicingennemgang hos polyfarmacipatienter og løber frem til efteråret 2009.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at medicinfunktionens aktiviteter i planperioden udvikles på baggrund af løbende evalueringer af indsatsen.
- At samarbejdsudvalget arbejder for, at der i planperioden er fokus på koordinering mellem sektorerne af anbefalinger og vejledninger på medicinområdet.
- At samarbejdsudvalget sikrer en evaluering af den treårige aftale om honorering for medicingennemgang hos polyfarmacipatienter, inden udløb i 2009, med henblik på effekt.

5.3.5 Rapportering af utilsigtede hændelser (UTH)

Det forventes, at der fremsættes lovforslag vedrørende patientsikkerhed, som vil forpligte almen praksis til at indrapportere utilsigtede hændelser (UTH). Lovgivningen har siden 2004 krævet indrapportering af utilsigtede hændelser i hospitalssektoren. Som forberedelse til den forventede lovændring har Den Almenmedicinske Kvalitetsenhed (DAK-E) iværksat forberedelsen af en national handleplan for håndtering af utilsigtede hændelser i almen praksis.

Lovgrundlaget, og i forlængelse heraf en aftale mellem landsoverenskomstens parter, forventes at sætte rammerne for indrapportering og for organisering af opgaven.

I Region Hovedstaden har der i pilotprojekter³⁶ været arbejdet med indrapportering af utilsigtede hændelser i sektorskiftet, og i et enkelt af projekterne også i almen praksis. Erfaringer fra disse projekter³⁷ bør indgå i og kvalificere den kommende organisering af UTH i almen praksis i regionen.

Det er stor udfordring for såvel regionen som for almen praksis at sikre en organisering, der kan modtage, behandle og give tilbagemelding på hændelser fra almen praksis. I almen praksis er det desuden en udfordring at skabe

³⁶ Rapportering af utilsigtede hændelser ved sektorskifte.

³⁷ Evaluering af projekter i almen praksis i Region Hovedstaden.

en kultur med fokus på læring og udvikling, som de praktiserende læger og deres patienter har tillid til.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at der, som forberedelse til det forventede lovkrav om rapportering utilsigtede hændelser (UTH) i almen praksis, sker en erfaringsopsamling fra pilotprojekter på området.
- At regionen sikrer, at evalueringen af UTH-projekterne inddrages i implementering af lovkravet.

5.3.6 Revurdering og målretning af konsulentressourcer mod de ændrede opgaver i almen praksis

Rigtig mange forventninger og nye opgaver adresseres nu og i de kommende år til almen praksis. For at ruste almen praksis hertil og sikre at alle relevante ressourcer anvendes optimalt i forhold til denne udfordring, bør der løbende foretages vurderinger af konsulentressourcernes omfang og anvendelse, herunder behovet for koordination og samarbejde mellem de mange konsulentordninger. Disse vurderinger bør tage udgangspunkt i hvilke opgaver, der afledes af landsoverenskomsten, sundhedsaftalerne, praksisplanen, KVEU's årsplan og praksiskonsulentordningens handleplan.

Anbefaling:

- At regionen og praksisudvalget løbende foretager vurderinger af konsulentressourcernes omfang og anvendelse, med henblik på målrettet anvendelse, der tager højde for nye opgaver i praksis.

6. Udvikling af yngre lægers videreuddannelsesforløb i almen praksis – i et rekrutteringsperspektiv

Delplanen vedr. rekruttering og fastholdelse blev behandlet i samarbejdsudvalget den 30. marts 2007. Samarbejdsudvalget afgav bl.a. bemærkninger til anbefalingerne 11., 12., 13. og 17., som tilsigter at øge rekruttering til almen praksis gennem påvirkning af de yngre lægers videreuddannelsesforløb, samt at en status skulle medtages i praksisplanen.

6.1 Status

Anbefaling nr. 11. Sikring af gode organisatoriske rammer for uddannelsen i almen medicin: Der skal sikres ansættelse af praksisreservelægekoordinatorer, almen medicinske uddannelseskoordinatorer og yngre almen medicinske uddannelseskoordinatorer i et omfang, der svarer til summen fra de gamle organisationer.

Status: Der arbejdes hen imod at skabe samme vilkår for de ansatte i funktionerne. Funktionsbeskrivelserne vil blive gennemgået med henblik på eventuelle ændringer betinget af regionsdannelsen.

Anbefaling nr. 12. Sikring af tilstrækkelig tutorlægekapacitet samt effektiv udnyttelse af kapaciteten: Der skal foretages en nærmere kortlægning af behovet for tutorlægepraksis med henblik på at sikre en tilstrækkelig uddannelseskapacitet i relation til fuld indfasning af den nye speciallægeuddannelse i almen medicin og en øget dimensionering med flere bloklægeforløb, som Sundhedsstyrelsens seneste dimensioneringsplan lægger op til.

Status: Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Region Øst foretager løbende en vurdering af tutorlægekapa­citeten, og sørger for optimal udnyttelse af denne. Tutorlægekapa­citet er kortlagt til og med 2009. I denne periode skønnes der at være tilstrækkelige uddannelsespladser til alle uddannelsessøgende. Vedrørende behovet for tutorlægekapa­citet frem til 2012 oplyser sekretariatet, at det indgår i Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan, at der skal etableres yderligere ca. 10 hoveduddannelsesforløb, hvilket vil kræve en udvidelse af tutorlægekapa­citeten i Region Hovedstaden.

Anbefaling nr. 13: Sikring af attraktive vilkår for tutorlæger: Der har tidligere i dele af regionen været mulighed for ordninger med tilskud til etablering af uddannelsespladser i tutorlægepraksis og tilskud til visitator i Lægevagten for vejledning af uddannelsesamanuenser.

Status: Aftale om tilskud til visitator i Lægevagten for vejledning af uddannelsesamanuenser er nu udbredt til at omfatte hele regionen, mens forslaget om tilskud til etablering af nye uddannelsespladser endnu ikke er afklaret. Læger ansat i introduktionsstilling (introduktions-amanuensis) i almen praksis skal fremover deltage i lægevagtsarbejde. Et lægevagtskursus for denne gruppe forberedes ved Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Region Øst.

Anbefaling nr. 17. Særlige tiltag vedr. rekruttering af yngre læger i forhold til videreuddannelse i Region Hovedstaden: Med henblik på tilskyndelse til videreuddannelse indenfor almen medicin blandt den store gruppe af læger, som endnu ikke har valgt speciale, anbefales et tæt samarbejde med Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Region Øst om udvikling af initiativer, der kan fremme rekruttering.

Status: Sekretariatet for den lægelige videreuddannelse i Region Øst vurderer, at der er god søgning til alle uddannelsesstillinger i almen medicin. Et mindre antal ubesatte hoveduddannelsesforløb skyldes manglende ansøgere til særlige geografiske områder, specielt Bornholm. Det er sekretariatets opfattelse, at der ikke er behov for yderligere generelle rekrutteringsinitiativer, idet søgningen til stillingerne er stor, men at lokale rekrutteringsinitiativer kan overvejes.

6.2 Udfordringer

For at sikre en løbende opfølgning af anbefalingerne og udvikling af en fremadrettet indsats vil et øget samarbejde og en effektiv koordination mellem involverede aktører være nødvendig.

De involverede aktører er: Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Region Øst, samarbejdsudvalget, regionen og en række lægelige konsulenter, praksisreservelægekoordinatorer (PRLK), almen medicinske uddannelseskoordinatorer (AMU), yngre almen medicinske uddannelseskoordinatorer (DYNAMU) og administrative stabe.³⁸

³⁸ PRLK, AMU og DYNAMU er alle alment praktiserende læger.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget løbende følger op på anbefalingerne fra delplan om rekruttering og fastholdelse, omtalt i praksisplanen, med henblik på en statusredegørelse til samarbejdsudvalget en gang årligt.
- At samarbejdsudvalget arbejder for, at der aftales en tilskudsordning til etablering af nye uddannelsespladser i almen praksis. En tilskudsordning, hvor tilskud kan ydes til dækning af udgifter vedr. den fysiske arbejdsplads til læger under videreuddannelse.

7. Serviceniveau - regionalisering af lokale aftaler

I dette afsnit gennemgås en række felter, hvor lokale aftaler er nødvendige for at sikre, at alment praktiserende læger i alle områder af Region Hovedstaden får samme rettigheder eller vilkår for deres arbejde, og borgerne dermed kan stilles samme serviceniveau i udsigt. Intentionen er, at aftalerne skal sikre lige ret og muligheder i hele regionen for både borgere og læger, hvor der ikke er særlige lokale forhold, der taler mod dette.

Det fremgår, at en række aftaler allerede er regionaliseret, for andre er processen påbegyndt. Nogle aftaler kræver en nærmere vurdering, fagligt såvel som organisatorisk, før endelig stillingtagen.

Det vil være hensigtsmæssigt, at effekten af arbejdet med § 2 aftaler og rammeaftaler løbende vurderes og rapporteres til samarbejdsudvalget, således at der årligt forelægges en samlet oversigt over fungerende aftaler, første gang foråret 2009.

7.1 Baggrund

At borgerne i regionen skal have lige adgang til sundhedsydelser, er et centralt punkt i regionens politiske hensigtserklæringer.

Det pointeres således i de politiske hensigtserklæringer at:

”Borgerne skal have fri og lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau”.

I det følgende gennemgås felter, hvor der er forskel på de tilbud og den service, som de alment praktiserende læger kan tilbyde regionens borgere. Denne forskel i service og tilbud bygger på, at der i de fusionerede organisationer var etableret en mangfoldighed af lokale aftaler med almen praksis. Aftalerne er udtryk for fusionsparternes specifikke ønsker om lokal tilrettelæggelse eller prioritering af opgaver.

Ved dannelsen af Region Hovedstaden blev mange af disse lokale aftaler videreført, således at de i dag fortsat gælder i de lokalområder, for hvilke de er aftalt. Der er behov for at vurdere om aftalerne skal regionaliseres, således at den service, som fastlægges i aftalerne, bliver tilgængelige for alle borgere og almen læger, eller om aftalerne skal opsiges. Enkelte aftaler er måske egnede til fortsat lokal forankring grundet særlige geografiske forhold.

Inden regionsdannelsen blev rapporten ”Redegørelse fra arbejdsgruppen vedr. lokalaftaler på praksisområdet. Delrapport vedr. lokalaftaler indenfor

almen praksis”, april 2005, udarbejdet. Samtlige lokalaftaler er systematisk beskrevet i delrapporten, som danner baggrunden for nedenstående gennemgang.

7.2 Akutbetjeningen

Før regionens dannelse fungerede fire forskellige lægevagtsordninger i de tidligere enheder. Ved regionsdannelsen blev indgået aftale mellem de praktiserende læger og regionen om sammenlægning af disse lægevagtsordninger til en fælles regional ordning. Ordningen bygger på erfaringer fra de tidligere ordninger og betjener nu alle regionens borgere inklusiv Bornholm.

Serviceniveauet er gennemgået, og der arbejdes i lægevagtsudvalget under samarbejdsudvalget med fastlæggelse af servicemål. Aftalen har bevirket, at lægevagtsens fysiske rammer, telefoni og redskaber til it-kommunikation mv. er vurderet, og regionale løsninger vedr. disse forhold indgår i aftalen.

I de politiske hensigtserklæringer gives der udtryk for, at praksissektoren skal indgå i en kompetent enstrengt akutbetjening. Dette mere langsigtede mål er behandlet i afsnit om samarbejde mellem almen praksis og hospitalerne.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at der fortsat arbejdes med service- og kvalitetsmål i lægevagten via lægevagtsudvalget.
- At samarbejdsudvalget sikrer, at der i planperioden foretages en analyse af lægevagtsens funktion med henblik på vurdering af muligheder for forberedelse af lægevagten til at indgå i en fremtidig enstrengt akutbetjening.

7.3 Laboratoriebetjeningen

I forbindelse med udarbejdelsen af hospitalsplanen blev også laboratoriebetjeningen af praksissektoren berørt. Der fandtes behov for nedsættelse af arbejdsgrupper med henblik på vurderingen af, hvordan den fremtidige laboratoriebetjening skal varetages. Dette ønske er helt i overensstemmelse med det behov, som beskrives i det forberedende arbejde vedrørende lokalaftaler.

De alment praktiserende læger i regionen bruger i dag forskellige laboratorier. I dele af regionen benyttes Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium (KPLL), i andre dele af regionen benyttes hospitalslaboratorier.

En statusrapport på laboratorieområdet vedrørende betjeningen af praksissektoren er udarbejdet i 2007. Herefter forestår et arbejde med at vurdere fremtidige modeller for laboratoriebetjening i Region Hovedstaden, herunder hvordan laboratoriebetjeningen kan tilgodese praksissektorens behov.

I vurderingen af den fremtidige laboratoriebetjening bør indgå en vurdering af det fortsatte behov for en rammeaftale vedrørende centrifugering, samt en vurdering af om der skal gives mulighed for allergiudredning ved priktest.

Anbefalinger:

- At regionen inddrager almen praksis' ønsker og behov i tilrettelæggelsen af laboratoriebetjeningen i regionen.
- At regionen i arbejdet med tilrettelæggelse af den fremtidige laboratoriebetjening sikrer, at der skal skabes lige adgang til service og tilbud for alment praktiserende læger og borgere.
- At samarbejdsudvalget arbejder for, at der sikres ensartede kvalitetssikringsordninger i laboratoriebetjeningen i hele regionen.

7.4 Konsulentordninger

Der har i de fusionerede organisationer i relation til almen praksis fungeret forskellige typer konsulentordninger med aflønning efter forskellige modeller og med vidt forskelligt timetal. Disse konsulentordninger er ved regionsdannelsen videreført med henblik på etablering af regionale ordninger. Ikke alle konsulentordninger har endnu et fælles aftalegrundlag for deres funktion og ansættelse.

I planperioden forventes samarbejdet med kommunerne udbygget. I den sammenhæng forventes yderligere efterspørgsel på lægernes viden og indsigt. Regionen er interesseret i denne udbygning af samarbejdet og vil derfor i planperioden arbejde for et integreret samarbejde mellem kommuner og region, forstået som kommuner, hospitaler og alment praktiserende læger.

Anbefalinger:

- At region og praksisudvalget sikrer, at der udarbejdes aftaler om honorering for ansættelse i alle konsulentfunktioner, herunder bestemmelser om kørselsgodtgørelse.
- At region og praksisudvalg arbejder for, at samarbejdet mellem konsulentordninger i henholdsvis region og kommuner udbygges i planperioden.

Behovet for videreudvikling af konsulentordningerne omkring almen praksis er beskrevet i kapitel 4 om samarbejde mellem almen praksis og hospitalerne og i kapitel 5 om kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

7.5 Aftaler vedrørende behandling og diagnostik**7.5.1 Screening for livmoderhalskræft**

Den forebyggende undersøgelse for livmoderhalskræft har i alle dele af Region Hovedstaden været gennemført i almen praksis. Der er dog forskellige retningslinier i relation til screeningsmetode og organisationsmåde.

Sundhedsstyrelsen har i 2007 udgivet et nyt sæt anbefalinger vedr. screening for livmoderhalskræft. De nye anbefalinger betyder, at målgruppen og tidsintervaller for screening ændres. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden indførelse af test for human papillomavirus (HPV) og en samling af undersøgelse af celleprøver på patologiafdelinger med en produktion på minimum 15.000 celleprøver årligt.

Region Hovedstaden har på baggrund af de ændrede anbefalinger nedsat en regional styregruppe for livmoderhalskræftscreeningen, som skal sikre, at den samlede forebyggende indsats mod livmoderhalskræft er effektiv og af høj kvalitet, samt at den er i overensstemmelse med gældende nationale og internationale retningslinier. Der er i styregruppen repræsentation fra almen praksis og speciallægepraksis.

7.5.2 Demensudredning

I samtlige fusionerede organisationer har der været fokus på demens udredning og behandling samt samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og kommuner i relation til denne patientgruppe. Aftaler om demensudredning er etableret med henblik på at øge opmærksomheden på tidlig opsporing og diagnostik af denne og derved søges sikret et samarbejde til gavn for den enkelte patient. På grund af forskelle i indholdet i aftalerne er der behov for en gennemgang med henblik på at skabe lige adgang til service og tilbud for såvel alment praktiserende læger som borgere i alle dele af regionen.

En af de lokale aftaler vurderes i højere grad end de øvrige aftaler på feltet at have smidiggjort udredningen af patienterne, idet almen praksis har haft mulighed for at sende borgere med begrundet mistanke om demens til CT-scanning. Scanningen forelå derved ved første kontakt til specialambulatorierne på hospitalerne. Brug af aftalen indebærer særlige krav til den henvisende læge. Det kan anbefales, at denne aftale regionaliseres, idet der er erfaring for, at muligheden ikke medfører et utilsigtet større forbrug af CT-scanninger.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at der foretages en vurdering af aftalerne om demensudredning med henblik på regionalisering.
- At samarbejdsudvalget sikrer, at vurdering foretages med fokus på muligheder for smidig diagnostik, herunder muligheder for at almen praksis kan henvise direkte til CT-scanning.

7.5.3 Diagnostiske undersøgelser i speciallægepraksis

I Region Hovedstaden findes en række speciallægepraksis indenfor billeddiagnostik og patologi, der alene kan betjene borgere fra dele af regionen. Almen praksis ønsker, at henvisningsretten til disse klinikker udbredes til alle alment praktiserende læger.

Billeddiagnostiske undersøgelser:

Speciallægeoverenskomsten fastsætter for radiologispecialisten en geografisk begrænsning for undersøgelsestilkøbet. Således kan en regionalisering kun ske ved genforhandling af overenskomsten.

Behovet for en ændring bør nærmere udredes og vurderes i forhold til forskellige typer af undersøgelser. Det forudsætter afdækning af den samlede billeddiagnostiske funktion i regionen. Parallelt hermed bør kriterier for henvisning vurderes, herunder eventuelt også efteruddannelsesbehov for alment praktiserende læger i relation til henvisningskriterierne.

Anbefaling:

- At regionen arbejder for, at der påbegyndes en tværsektoriel analyse af kapacitet og efterspørgsel indenfor relevante billeddiagnostiske ydelser.

Patologiske undersøgelser

Behovet for en ændring bør nærmere udredes og vurderes i forhold til forskellige typer af undersøgelser og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om f.eks. de forebyggende undersøgelser for livmoderhalskræft. En udredning, der forudsætter afdækning af den samlede patologiske funktion i regionen, herunder en gennemgang af relevante aftaler med de praktiserende speciallæger indenfor patologi.

Anbefalinger:

- At regionen sikrer, at der påbegyndes en tværsektoriel analyse af kapacitet og efterspørgsel indenfor relevante patologiske ydelser.
- At samarbejdsudvalget derefter sikrer, at relevante aftaler med praktiserende speciallæger indenfor patologi vurderes med henblik på regionalisering af aftalerne.

7.6 Øvrige aftaler**7.6.1 Vaccination mod hepatitis B**

Der foreligger en aftale om vaccination mod hepatitis B for særligt udsatte grupper i en af de fusionerede organisationer. Aftalen er etableret for at mindske spredningen af hepatitis B i risikogrupper. Dele af den oprindelige aftale er nu omfattet af overenskomsten, hvorfor behovet for en særlig aftale må revurderes.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at behovet for en særlig aftale vedrørende hepatitis B til udsatte grupper undersøges nærmere med henblik på stillingtagen til afgrænsning af patientgrupper og evt. regionalisering af aftalen.

7.6.2 Arbejdsmedicinsk vandrejourn

En særlig aftale med henblik på udbredelse af samarbejdet mellem almen praksis, fagbevægelsen, sikkerhedsorganisationer og ønsket om at aktivere arbejdsskadede danner baggrunden for denne særlige aftale, der har eksisteret i en enkelt organisation siden 1993. Aftalens anvendelse har imidlertid været beskedent og i de senere år slet ikke anvendt, hvorfor der ikke skønnes at være behov for aftalen.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at aftalen om en arbejdsmedicinsk vandrejourn opsiges.

7.6.3 Type-2 diabetikere

Indsatsen for denne patientkategori er nu en etableret del af overenskomsten med aftalen om en forløbsydelse. Når diabetes forløbsydelsen er fuldt implementeret, vil der ikke længere være behov for en særlig aftale på området.

7.6.4 Særlige aftaler om deltagelse i samarbejde med Rigshospitalets Smertecenter vedrørende patienter med kroniske smertetilstande og terminale patienter

En sådan aftale har været udformet omfattende enkelte læger. Da aftalen imidlertid kun har haft ringe anvendelse, findes ikke behov for at videreføre den.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at aftalen med Rigshospitalet opsiges.

7.6.5 Huslægeaftaler og aftaler om henvisningsydernumre

I Region Hovedstaden foreligger en række af sådanne aftaler i relation til institutioner og organisationer, der betjener udvalgte patientgrupper. Det drejer sig om aftaler om huslægefunktioner, og mulighed for i et begrænset omfang at kunne rekvirere diagnostiske undersøgelser, typisk laboratorie-ydelser og henvisning til speciallægehjælp.

Der er i relation til udvalgte patientgrupper brug for hensigtsmæssige, smidige arbejdsgange, og de omtalte aftaler kan tages til udtryk for dette. Der findes behov for at aftalerne fortsætter, idet de dog skal gennemgås med henblik på standardisering, hvor det er muligt. I forbindelse med denne gennemgang skal også ses på strukturreformens eventuelle indflydelse på driftsforhold, der kan have betydning for aftalerne

Anbefaling:

- At regionen sikrer, at huslægeaftaler og aftaler om henvisningsydernumre gennemgås i dialog med samarbejdspartnerne med henblik på standardisering, herunder behov for ændringer betinget af strukturreformen.

7.6.6 Forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer

Det er ønsket at sikre den opvoksede generations sundhed bedst muligt i alle områder af regionen, og at dette sker under hensyn til optimal ressourceanvendelse. Med dette udgangspunkt ønskes større fokus på indsats og resultater af de forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer i Region Hovedstaden. Opgaver og pligter for regionen og de praktiserende læger omkring børneundersøgelser- og vaccinationsprogrammet er fastsat på landsplan i en aftale mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation.

Det vurderes relevant at undersøge, i hvilket omfang tilbuddet benyttes i de relevante aldersgrupper og med udgangspunkt heri at overveje, om der bør gøres en indsats for at højne deltagelsen i hele regionen eller i udvalgte områder af regionen. Efter denne kortlægning vurderes muligheden for et samarbejde mellem region og almen praksis med henblik på en ekstraordinær indsats til gavn for den opvoksede generation.

Anbefalinger:

- At samarbejdsudvalget sikrer, at deltagelsen i børneundersøgelser- og vaccinationsprogrammet analyseres med henblik på at sikre bedst mulig

sundhed for den opvoksede generation i alle områder af regionen under hensyn til en optimal ressourceanvendelse.

7.6.7 MFR vaccination

Landsoverenskomsten beskriver, at regionen har forpligtelsen til at følge dækningsgraden for MFR-vaccination. Denne opfølgning har været forskellig i de fusionerede organisationer. Fremadrettet skal denne opfølgning gøres ens for hele regionen.

Anbefaling:

- At samarbejdsudvalget tager stilling til en hensigtsmæssig og faglig relevant opgørelse over dækningsgraden for MFR-vaccination, herunder mulighed for øgning af denne.

Bilag

Bilagsfortegnelse

1. Politiske hensigtserklæringer
2. Delplan vedr. rekruttering og fastholdelse
3. Beskrivelse af fusionsparternes inddeling i praksisområder
4. Fordelingen af ubesatte og ledige kapaciteter
5. Kommuneprofiler 2006
6. Forbrug og produktion af lægeydelser 2003-2006
7. Befolkningsprognose for bydelene i Københavns Kommune
8. Lægeprognose for antallet af læger i 2011 og 2016
9. Håndtering af praksisnedlæggelser
10. Indeksering af sårbare områder i Region Hovedstaden, herunder gruppering af Region Hovedstaden i socioøkonomiske grupper, opgørelse af andel indvandrere eller efterkommere af indvandrere fra ikke-vestlige lande og opgørelse af ubesatte og ledige kapaciteter pr. 10.000 indbyggere
- 11.a Årsplan for Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget
- 11.b Baggrundsnotat til Årsplan for Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget 2007-2008
12. Kvalitetsstrategi for Region Hovedstaden 2007-2009
13. Aftale vedr. Center for kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis i Region Hovedstaden