



Dato

28-11-2015

Sagsnr. / Dok.nr.

2015-913

/ 1116971

PLO's politik vedr. samarbejdet med kommunerne

Indledning

Der sker i disse år en omstilling i sundhedsvæsenet hen imod færre, mere specialiserede hospitaler, færre sengepladser og kortere indlæggelser. Samtidig har kommunerne efter kommunalreformen i 2007 overtaget flere opgaver på sundhedsområdet og er blevet medfinansierende i forhold til det sekundære sundhedsvæsen.

Disse ændringer medfører, at opgaver, der tidligere blev varetaget af sygehusene, er flyttet til kommunerne og almen praksis.

Denne udvikling øger behovet for samarbejde mellem kommunerne og almen praksis på et stort antal områder. PLO har derfor fundet det relevant at udarbejde et politikpapir med forslag til, hvordan og på hvilke områder samarbejdet kan styrkes.

Politikpapiret skal ses i sammenhæng med PLO's øvrige politikpapirer på kommune- og forebyggelsesområdet, herunder 'PLO's forebyggelsespolitik' (2011) og delpolitikpapiret 'PLO's politik vedr. lægebetjening af kommunale akutfunktioner' (2014).

Nærværende politikpapir skal læses som et kortfattet katalog over PLO's forslag til indsatsområder. De enkelte områder vil løbende blive udbygget med delpolitikpapirer og evt. paradigmer for relevante lokalaftaler.

Samarbejde generelt

1. PLO ønsker, at det generelle samarbejde mellem kommuner og almen praksis skal styrkes.

Dette kan bl.a. ske ved følgende tiltag:

i.) Med henblik på at sikre let gensidig kontakt mellem almen praksis og alle samarbejdspartnere i kommunen (dvs. hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, sagsbehandlere, arbejdsmarkedsafdeling, misbrugscenter, PPR, mm), anbefales det, at kommunen og lægepraksis udleverer ”bagom-nummer” til hinanden.

Der bør laves en central aftale, som giver mulighed for, at socialmedicinsk samarbejde kan foregå elektronisk, jf. § 94 i overenskomst om almen praksis.

Kommunen angiver ét lokationsnummer, som lægerne kan anvende ved alle elektroniske patientrelaterede henvendelser til kommunen.

ii.) Det skal sikres, at henvendelser fra hjemmeplejen til almen praksis altid foretages af relevant sygeplejefagligt personale, dvs. personale med relevant uddannelse og med kendskab til patienten. Kommunens plejepersonale bør udnytte interne kompetencer før henvendelse til patientens egen læge: Dels for at undgå unødvendige henvendelser til egen læge og dels for at sikre, at henvendelse til egen læge altid foretages af den af de tilstedeværende sundhedsfaglige medarbejdere, der har højest sygeplejefaglig kompetence.

iii.) Det anbefales, at der 1-2 gange årligt afholdes møder mellem de praktiserende læger og kommunen, hvor generelle problemstillinger drøftes, og nye initiativer præsenteres. Her bør det tilstræbes, at repræsentanter for relevante medarbejdergrupper fra kommunen deltager, herunder hjemmesygeplejen, sundhedsplejen, PPR, misbrugscenter, socialforvaltning, arbejdsmarkedsafdelingen og socialpsykiatrien. Møderne er ikke kun vigtige for at sikre gensidig information, men kan også bidrage til, at kommune og almen praksis får sat ansigt på hinanden.

- For at sikre, at mødernes indhold opleves som relevant af de praktiserende læger, kan det anbefales, at KLU og den kommunale praksiskonsulent inddrages i planlægningen af møderne.

2. Som hovedregel skal møder *om* en patient holdes *med* patienten til stede.

I visse tilfælde kan det dog være hensigtsmæssigt, at møder holdes uden patientens tilstedeværelse, men det skal i disse tilfælde selvfølgelig ske med patientens fulde accept og opbakning.

3. Samarbejdet i det kommunalt-lægelige udvalg (KLU) er grundstenen i det lokale samarbejde mellem de praktiserende læger og kommunen og bør derfor prioriteres højt.

Det anbefales derfor, at såvel kommunalpolitikere som kommunens øverste administrative embedsmænd på området er medlem af KLU og deltager i møderne.

I RLTN's og PLO's fælles vejledning om kommunalt-lægelige udvalg er der nævnt en lang række emner, der anbefales behandlet på møderne.

Vejledningen kan findes på laeger.dk/plo -> Samarbejde med kommuner -> Kommunalt-lægelige udvalg.

Det er vigtigt, at emnerne prioriteres, så der bliver tid til, at de aktuelt vigtigste lokale emner bliver behandlet på møderne.

4. Det anbefales, at alle kommuner ansætter kommunale praksiskonsulenter til at facilitere samarbejdet mellem kommune og almen praksis.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på to forhold:

- 1) Den kommunale praksiskonsulent er ikke valgt som repræsentant for de praktiserende læger i kommunen.
- 2) Den kommunale praksiskonsulent har ikke nogen kompetence til at indgå samarbejdsaftaler med kommunen på de praktiserende lægers vegne.

Endvidere anbefales det, at der på regionalt niveau ansættes en praktiserende læge som koordinator for de kommunale praksiskonsulenter i regionen. Denne koordinator bør i øvrigt have forbindelse til regionens praksiskonsulenter på hospitalsområdet.

5. Den enkelte kommune bør sørge for, at sundhed.dk altid er opdateret med kommunens aktuelle sundheds- og forebyggelsestilbud (SOFT).

Med henblik på at fremme anvendelsen af de kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud mener PLO, at der bør indgås en central aftale om visitation til, og tilbagemelding fra, tilbuddene.

PLO mener, at det af denne aftale skal fremgå,

- at patienterne selv skal kunne opsøge de kommunale tilbud uden at skulle omkring egen læge.
- at såfremt egen læge vurderer det relevant med visitation til et kommunalt tilbud, skal det foregå enkelt, i form af en kort elektronisk besked.
- at såfremt kommunen har behov for yderligere oplysninger, skal kommunen indhente disse oplysninger direkte fra patienten.
- at kommunen giver en kort tilbagemelding på en enkelt linje til egen læge, når patienten afslutter det kommunale tilbud.

Ældreområdet

6. PLO ønsker, at de praktiserende læger som hovedregel fortsat er læger for patienterne, når de flytter på plejehjem.

PLO ønsker, at plejehjemsbeboere bibeholder deres ret til selv at vælge læge, herunder at de får mulighed for at beholde egen læge. PLO anbefaler derfor, at kommunerne prioriterer, at borgerne så vidt muligt får mulighed for at blive i deres nærmiljø, hvis de får behov for at flytte på plejehjem.

PLO finder, at det kan være hensigtsmæssigt med fasttilknyttede læger på kommunale plejecentre for at opkvalificere betjeningen af de ældre patienter og vil derfor gerne være med til at fremme denne udvikling. Der henvises i den forbindelse til PLO's "Delpolitik vedrørende fasttilknyttede praktiserende læger på kommunale plejecentre".

7. Det er vigtigt med klare aftaler om, hvordan patienter på midlertidige kommunale tilbud lægebetjenes.

For så vidt angår ældre, der midlertidigt opholder sig på en kommunal akutfunktion, henvises til PLO's delpolitik vedrørende lægebetjening af kommunale akutfunktioner (2014).

Derudover henvises til notatet ”Definition af midlertidige døgndækkende pladser”, som PLO i fællesskab med KL og SST har udarbejdet i foråret 2015 med henblik på at opnå større fælles forståelse af indholdet i de forskellige tilbud, herunder afklaring af gensidige forventninger til samarbejdet mellem almen praksis og kommunens hjemmesygepleje i relation til tilbuddene

8. PLO mener, at ordningen med opfølgende hjemmebesøg skal styrkes og udvides.

En udvidelse af ordningen kunne være at give mulighed for, at ydelsen opfølgende besøg kunne anvendes i følgende situationer:

- i forbindelse med en patients indflytning på plejehjem.
- når kommunen har visiteret en patient til personlig pleje.
- når egen læge af andre grunde finder det relevant.

Af hensyn til bedst mulig udnyttelse af lægens tid ønsker PLO, at der gives mulighed for, at opfølgende hjemmebesøg kan gennemføres som opfølgende konsultation. I relevante tilfælde ønsker PLO, at der er kommunal ledsagelse af patienten ved lægebesøg.

9. PLO finder det relevant, at der laves forsøg med assisterede tele- og videokonferencer som supplement til almindelige konsultationer og besøg hos ældre og andre bevægelseshæmmede.

10. PLO mener, at samarbejdet mellem kommuner og almen praksis i relation til de ældre patienter fortsat har brug for at styrkes.

I forhold til de til hjemmeplejen knyttede patienter foretager egen læge kontrol og medicinvurdering, når det skønnes lægefagligt nødvendigt.

Hjemmeplejen er ansvarlig for, at der følges op på de planer, der er lagt i forbindelse med kontrollerne. Der bør derudover skabes klarhed om arbejdsgange ved brug af FMK, inkl. dosisdispensering.

De praktiserende læger ser som udgangspunkt ikke et behov for en farmaceutisk gennemgang af medicinen hos borgere, der får medicin administreret af kommunens hjemmesygepleje. Dog ser de praktiserende læger gerne en mulighed for lægemiddelrådgivning, fx fra en farmaceut, på den praktiserende læges foranledning.

Psykiatri

11. Samarbejdet med socialpsykiatrien skal styrkes, og i denne sammenhæng også relationen til distriktpsychiatrien, hvor det er relevant. Dette gælder både generelt og i forhold til de enkelte patienter.

12. Der skal arbejdes hen mod mulighed for mere struktureret brug af støttekontaktpersoner i forbindelse med lægebesøg.

Her kunne gives mulighed for tillæg til konsultationen, når der er deltagelse af støtteperson (jf. honorering ved brug af tolk).

Misbrug

13. Samarbejde omkring misbrugspatienter skal styrkes.

Generelt ønskes bedre kommunale tilbud til misbrugspatienter – herunder sikring af, at der er klarhed om den lægemæssige betjening af kommunens tilbud til misbrugere.

Det skal sikres, at patienterne ikke afvises ved dobbeltdiagnoser.

Børn og unge

14. Samarbejdet med sundhedsplejen skal styrkes – specielt i forhold til sårbare familier og børn.

Her kan det i udvalgte tilfælde være relevant at give mulighed for, at egen læge – i tæt samarbejde med sundhedsplejen – kan tilbyde opsøgende hjemmebesøg eller opsøgende konsultation til sårbare gravide og familier.

15. Samarbejdet med PPR skal styrkes.

Der bør være mere formaliseret mulighed for, at praktiserende læger kan henvise – kortfattet - til PPR. Generelt anbefales, at egen læge modtager en tilbagemelding (advis), hvis der opstartes et forløb i PPR regi eller hvis patienten viderehenvises fra PPR til børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

Generelt vedrørende sårbare patientgrupper

16. Der bør skabes rammer for, at almen praksis kan udføre mere opsøgende og opfølgende arbejde i forhold til sårbare patientgrupper.

Disse rammer kunne omfatte

- øgede muligheder for at anvende ydelser for opsøgende hjemmebesøg og konsultationer.
- indførelse af en ydelse for længerevarende konsultationer – netop målrettet denne gruppe.
- mulighed/honorering for opfølgende kontakt til relevante kommunale ressourcpersoner efter konsultationer, specielt når den sårbare patient møder alene.

PLO ser generelt et behov for bedre samarbejde om en samlet opfølgning i forhold til sårbare patienter, herunder sociale og helbredsmæssige problemstillinger.

17. For at sikre mere rummelighed i almen praksis i forhold til sårbare grupper kunne der indføres et honorar for opsøgende indsats i forbindelse med udeblivelse (betalt af region/kommune).

Udeblivelsesgebyret kunne give mulighed for honorering af en opsøgende indsats fra den praktiserende læge, fx at lægen orienterer patienten om, at vedkommende er udeblevet, og at vedkommende er velkommen på et andet tidspunkt.

Arbejdsmarkedsområdet

18. Samarbejdet på arbejdsmarkedsområdet skal styrkes.

PLO mener, at almen praksis har særlige kompetencer i forhold til de patienter, der befinder sig på kanten af arbejdsmarkedet. Der er ofte tale om komplekse problemstillinger. Det foreslås derfor, at der - på linje med generelt vedrørende sårbare grupper - indføres mulighed for længevarende enkeltkonsultation til denne gruppe med henblik på afdækning af belastninger og forebyggelse af yderligere udstødning fra arbejdsmarkedet.