

Kommunaludvalget
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Dato

1. april 2005

J.nr.

Strukturreformen ændrer på en række områder spillereglerne for de kommende regioner og især den nye kommunale sektors samarbejde med de praktiserende læger.

Strukturændringerne vil komme til at indebære såvel organisatoriske som indholdsmæssige udfordringer, og rejser samtidig en lang række spørgsmål. Derfor er det vigtigt at få defineret, hvilke opgaver der skal samarbejdes om, inden for hvilke rammer samarbejdet bør foregå, og hvordan vi samarbejder mest konstruktivt og effektivt.

Vi har taget hul på dialogen på centralt plan i P.L.O. og KL, men vi finder også, at det er vigtigt både for processen og for de fælles løsninger, vi skal nå frem til at inddrage relevante samarbejdspartnere i de praktiserende lægers overvejelser.

Derfor har vi udarbejdet et notat "Oplæg om det kommunale samarbejde med almen praksis i en ny offentlig struktur", som vedlægges. Notatet søger at kortlægge de nuværende samarbejdsflader og potentialer for fremadrettede operationelle løsninger. Det er mit håb, at vores overvejelser i notatet vil bidrage til en fælles forståelse for problemfelterne og frem for alt – medvirke til styrkelse af den koordinerede indsats til gavn for patienterne.

Vi står til rådighed for yderligere uddybning og modtager også gerne kommentarer.

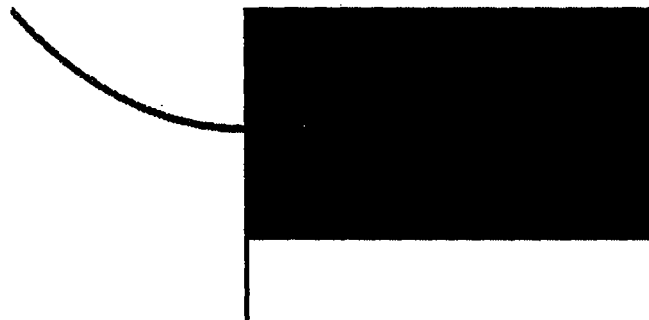
Med venlig hilsen



Michael Dupont
Formand for Praktiserende Lægers Organisation



OPLÆG OM DET KOMMUNALE
SAMARBEJDE
MED
ALMEN PRAKSIS
I EN NY
OFFENTLIG STRUKTUR



| | |
|--|----|
| 1. INDLEDNING | 5 |
| Dialog skal til | 5 |
| Kommunalreformen udvider kommunernes ansvar for den sundhedsmæssige indsats ... | 5 |
| Samarbejdsflader mellem kommunen og de praktiserende læger i dag | 6 |
| Antallet af kommuner reduceres - men størrelsen er fortsat meget forskellig | 7 |
| 2. DEN LÆGELIGE KOMPETENCE OG KERNEVÆRDI..... | 9 |
| Hvad er en praktiserende læge? | 9 |
| Den praktiserende læge er det lokale lægefaglige sundhedstilbud | 9 |
| Hvad karakteriserer lægens arbejde? | 9 |
| Styrken..... | 11 |
| Det regionale samarbejde fylder mest, men der er også en del kontakt med ældre- og hjemmeplejen | 11 |
| Kontakten er overvejende telefonisk..... | 12 |
| Forslag | 12 |
| 3. HVOR KAN ALMEN PRAKSIS DELTAGE I INDSATSEN? | 13 |
| 3.1. SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE | 13 |
| Den primære forebyggelse (indsatsen overfor den raske befolkning) | 13 |
| Den sekundære Forebyggelse..... | 13 |
| Hensyn | 13 |
| Den tertiære Forebyggelse (forhindre tilbagefald af sygdom, forhindre kroniske tilsdtande, herunder funktionsnedsættelse på grund af sygdom | 14 |
| Kroniske sygdomme..... | 14 |
| Mere fokus på implementering af kliniske retningslinjer | 15 |
| Indsatsen kan fortsat forbedres | 15 |
| Forslag | 15 |
| 3.2. REHABILITERING..... | 16 |
| Opgaven er at få samarbejdet til at glide | 16 |
| Sygehusets rolle..... | 16 |
| Kommunen..... | 16 |
| Rehabiliteringsbehov uden indlæggelse..... | 16 |
| 3.3. SAMARBEJDE MED PLEJEHJEM | 17 |
| Hvori består samarbejdet? | 17 |
| Forslag - Skal lægen være plejehjemslæge?..... | 17 |
| Forslag - Lettere kommunikation | 17 |
| 3.4. SAMARBEJDE MED FORVALTNINGERNE | 17 |
| Kommunens størrelse..... | 17 |
| Lægekonsulenternes rolle, børne og ungelæger lægekonsulent rådgiver | 18 |
| Skal lægerne være fuldtidsansatte?..... | 18 |
| Forslag..... | 18 |
| 3.5. MISBRUGSBEHANDLING | 19 |
| Ny opgave for kommunerne | 19 |
| Forslag | 19 |
| 3.6. ARBEJDSMARKEDSINDSATSEN | 20 |
| Aktiv indsats | 20 |
| Firkantet samarbejde..... | 20 |
| Forslag | 20 |

| | |
|--|----|
| 4. HVORDAN SKAL VI ORGANISERE SAMARBEJDET | 22 |
| 4.1. SYGESIKRINGEN OG LANDSOVERENSKOMSTEN | 22 |
| Sygesikringens Forhandlingsudvalg nedlægges og kompetencen overgår til Regionernes | |
| Lønnings- og takstnævn. | 22 |
| Organ der kan andet end føre takstpolitik..... | 22 |
| Primærsektoren har brug for en kompetent forhandlingspartner | 22 |
| Praktiserende lægers forhandlingsudvalg..... | 22 |
| De regionale samarbejdsudvalg..... | 23 |
| Midlertidigt regionalt samarbejdsudvalg..... | 23 |
| Opgaver der påvirkes | 23 |
| 4.2. DET REGIONALE SAMARBEJDE | 24 |
| De nye regionale sundhedskoordina-tionsudvalg | 24 |
| Praksissektorens repræsentation | 25 |
| Forslag | 25 |
| 4.3. DET KOMMUNALE SAMARBEJDE | 25 |
| Sundhedscentre ...ja, men hvordan..... | 25 |
| Høj kvalitet i dagtiden..... | 26 |
| Forslag til lægens rolle..... | 26 |
| Kontaktudvalg | 26 |
| Forslag om fleksible samarbejds muligheder..... | 26 |
| Forslag – kommende Praksiskonsulenter | 27 |
| Aftaler indgås i samarbejds-systemet..... | 27 |
| IT samarbejdet..... | 27 |
| Forslag | 28 |

Forord

Strukturreformen er en kendsgerning, og forude venter et utal af nye udfordringer. Det er ikke udfordringer, vi er kede af. Tværtimod. Der er altid noget, man kan gøre anderledes og bedre. Strukturreformen giver os en anledning til at tænke nyt.

Med et stigende antal patientkontakter, en ændret befolkningssammensætning og begyndende lægemangel på den ene side og på den anden side - krav om høj kvalitet, bedre tilgængelighed, koordinering og organisering indbyrdes, står sundhedsvæsenet overfor mange udfordringer, som alle ønskes indfriet.

Kommunerne tillægges en række nye opgaver, og forventningerne er høje. Både hos kommunerne selv og hos samarbejdspartnere. Øvelsen bliver i høj grad både at bygge på det, der er godt og har vist sig velfungerende, og at finde nye veje.

Som praktiserende læger ser vi fortsat os selv som "indgangen" til hele sundhedsvæsenet og det lægefaglige lokale sundhedstilbud. Derfor har vi forsøgt at kortlægge status for, hvordan vi arbejder nu og fokusere på de mange temaer, strukturreformen vil kræve dialog med kommuner og regioner om. Vi giver også bud på, hvordan vi kan komme videre sammen.

Nogle vil måske mene, at det er en mundfuld, der er så stor, at den næsten kan synes "uoverkommelig", men sådan ser vi det ikke selv. Mit håb er, at oplægget om det kommunale samarbejde med almen praksis i en ny offentlig struktur vil give anledning til frugtbare diskussioner, eftertænksomhed og frem for alt - bæredygtige løsninger, som er operationelle og fremadrettede for alle parter.

Michael Dupont
Formand for Praktiserende Lægers Organisation

1. Indledning

Kommunalreformen ændrer på en række områder spillereglerne for almen praksis' samarbejde med den kommunale sektor. Det giver en særlig udfordring, som vi gerne tager op.

Strukturændringerne indebærer, såvel *indholdsmæssige som organisatoriske udfordringer*. Det er vigtigt at få defineret, hvilke opgaver det mere konkret handler om og hvad der skal samarbejdes om. Det er også vigtigt at få defineret, inden for hvilke rammer opgaveløsningen kan organiseres. Der er en begrænsning i antallet af praktiserende læger (pt. ca. 3.600) i relation til såvel kommunerne som regionernes størrelse. Men ressourcerne i kommunerne er heller ikke store. Det er derfor meget vigtigt for os alle, at ressourcerne bliver anvendt mest hensigtsmæssigt.

Dialog skal til

Med dette notat giver vi vores bud på, hvordan det p.t. ser ud, og hvordan vi ser konturerne til fremtidens samarbejde. Vi er alle søgende for at finde gode løsninger. Dialog er derfor også meget nødvendig, og det bliver nødvendigt med en forstærket dialog mellem almen praksis og kommunerne.

Kommunalreformen udvider kommunernes ansvar for den sundhedsmæssige indsats

Ændringerne som følger af Kommunalreformen er i hovedtræk:

- Kommunerne får et mere forpligtende ansvar for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, og forventes at tage en række initiativer for at styrke disse områder
- Kommunerne får ansvaret for misbrugsbehandling
- Kommunerne skal samarbejde med regionerne og praksissektoren, og der skal indgås sundhedsaftaler
- Kommunerne får medbestemmende indflydelse på Sygesikringsforhandlingerne og det løbende samarbejde med Sygesikringen
- Kommunerne skal medfinansiere sundhedsydelse, herunder også ca. 10 % af sygesikringsudgifterne.

Hertil kommer, at kommunerne fortsat har ansvaret for andre vigtige områder inden for sundheds- og socialpolitik, hvor der er samarbejde med almen praksis.

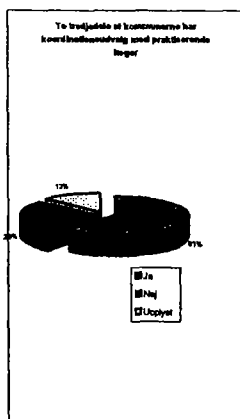
På en række konkrete områder er der kontakt om *den enkelte patients behov*, hvilket giver sig udtryk i følgende:

- Socialmedicinsk samarbejde mellem almen praksis og

**Samarbejdsflader
mellem
kommunen og de
praktiserende
læger i dag**

socialforvaltningerne:

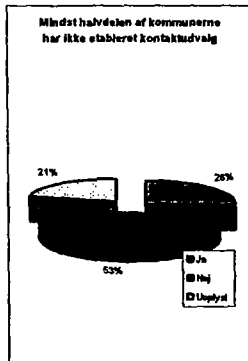
- Lægefaglig vurdering af helbredsforhold for lægens patienter med henblik på, at kommunen kan afgøre tildelingen af hjælpemidler, sociale pensioner, dagpenge, tiltag vedr. arbejdsfastholdelse etc.
- Den lægefaglige indsats sker gennem attestarbejde, møder, rundbordssamtaler og ved telefonisk kontakt med egen læge
- Samarbejde mellem hjemmeplejen og egen læge
 - Lægen inddrages ofte ved bevilling af hjemmepleje
 - Lægen er i kontakt med hjemmeplejen om patientens helbredsforhold og medicingivning
- Samarbejde mellem plejehjem og egen læge:
 - Lægen er ofte inddraget ved bevilling af plejehjemsplads
 - Lægen er i kontakt med plejehjemmet om patientens helbredsforhold og medicingivning
- Samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste
 - Lægen kan have kontakt med sundhedsplejersker, der besøger småbørnsfamilier
 - Lægen kan have kontakt med den kommunalt ansatte læge og sundhedsplejersken, der varetager ind- og udskolingsundersøgelser samt regelmæssige undersøgelser af skolebørn



På andre områder deltager den praktiserende læge som *generel rådgiver* i en række sammenhænge, hvilket giver sig udtryk i følgende:

- Samarbejde om arbejdsfastholdelse gennem deltagelse i sociale koordinationsudvalg, som er lovpligtige
- Foredrags- og oplysningsvirksomhed i lokalområdet i f.eks. børneinstitutioner
- Lægekonsulentarbejde, hvor den praktiserende læge er ansat som rådgiver i forvaltningen om konkrete og generelle socialmedicinske forhold
- Generelt samarbejde mellem praktiserende læger og kommunen i såkaldte kommunale kontaktudvalg (§ 78 i Landsoverenskomsten om almen lægegerning), hvor de

praktiserende læger, qua deres indsigt i lokale sociale og sundhedsmæssige problemer, kan bidrage til at samordne indsatsen



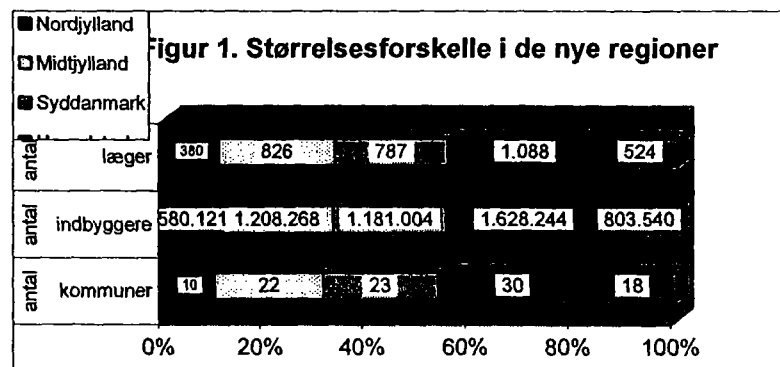
Kilde: Nye Tal fra PLO, 2004

Denne mulighed for at formalisere samarbejdsstrukturen mellem kommuner og læger har ikke været udnyttet nævneværdigt, dvs., at under halvdelen af kommunerne har ønsket at etablere kontaktudvalg. En nylig lovændring slog fast, at kommunerne skulle søge at udpege praktiserende læger til de sociale koordinationsudvalg. Der er indgået aftale mellem PLO og Beskæftigelsesministeriet om, at PLO søger at bakke op om dette samarbejde. De amtslige praksisudvalg bistår med udpegning, og deltagelsen er nu oppe på mere end 2/3 af kommunerne. Honoreringsforholdene er kommet i orden, og det har uden tvivl bidraget positivt.

Antallet af kommuner ændres dramatisk gennem Kommunalreformen – fra 274 kommuner til ca. 99 kommuner. Størst er ændringerne i Jylland. Det betyder, at antallet af samarbejdspartnere bliver mindre i mange regioner, men kommunernes styrkede placering i opgaverne i sundhedsvæsenet betyder også flere relationer, f.eks. mellem region, kommuner og praktiserende læger.

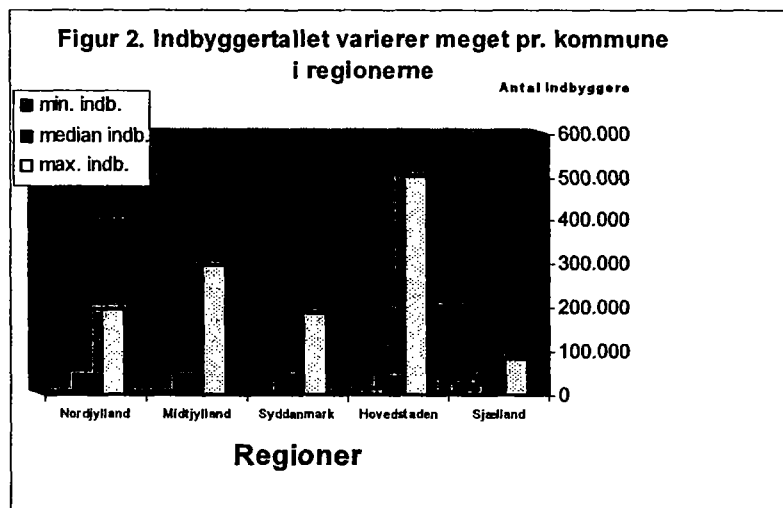
I figuren¹ nedenfor ses størrelsesforholdet mellem de enkelte regioner. Hovedstaden er størst og mindst er Region Nordjylland skarpt efterfulgt af Region Sjælland. Antallet af kommuner er reduceret væsentligt i alle regioner – undtagen i Region Hovedstaden, hvor der tidligere var 40 kommuner mod nu 30. Antallet af læger følger nogenlunde befolkningens størrelse, da der er en læge pr. ca. 1500 indbyggere. Ser man alene på de samlede tal for regionerne, tegner der sig et billede af mellem 29-38 praktiserende læger pr. kommune.

Antallet af kommuner reduceres – men størrelsen er fortsat meget forskellig



¹ Opgørelsen er baseret på den pr. februar 2005 foreliggende oplysning om kommunesammenlægninger.

Størrelsen på den enkelte kommune er imidlertid fortsat meget varierende, se Figur 1. Region Sjælland er den mest "harmoniske", hvor den største kommune har ca. 79.000 indbyggere. Særligt i Hovedstadsregionen er der stor forskel på kommunernes størrelse. Landets største kommune er fortsat København med ca. 335 praktiserende læger.



Den lille og den store kommune har de samme opgaver og skal etablere det samme samarbejde med almen praksis og de øvrige samarbejdspartnere. Det er åbenlyst, at en lille kommune har færre muskler end en stor kommune, ligesom det modsatte også er tilfældet. Det er lettere at kommunikere med 10 læger end med 200 læger. Størrelsesforholdene spiller derfor fortsat en rolle i tilrettelæggelsen af samarbejdet, og det må der tages hensyn til.

2. Den lægelige kompetence og kerneværdi

Hvad er en praktiserende læge?

Den praktiserende læges rolle er defineret i internationale sammenhænge. De lægefaglige kompetencer vi besidder, er nu nøje beskrevet i Målet for den almene medicinske speciallægeuddannelse:²

Praktiserende læger er speciallæger uddannet i fagets principper. De er personlige læger; primært ansvarlige for den samlede og vedvarende behandling uanset alder, køn og sundhedsproblem. De tager sig af den enkelte i forhold til dennes familie, lokalsamfund og kultur i respekt for den enkelte patients autonomi. De vedkender sig også deres professionelle ansvar overfor lokalsamfundet.

De integrerer fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle faktorer i den behandlingsplan, de sammen med patienten udarbejder, styrket af den viden og tillid, der opstår ved gentagne kontakter.

Praktiserende læger udøver deres professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme, eller ved behandling, omsorg eller palliation. Dette sker direkte eller gennem andre personer ud fra de sundhedsbehov og tilgængelige ressourcer der er i det samfund, de betjener, og de hjælper samtidig patienterne med adgang til disse ydelser i det omfang, det er nødvendigt.

Den praktiserende læge er det lokale lægefaglige sundhedstilbud

Samhørigheden med lokalsamfundet fremgår klart af beskrivelsen, og den praktiserende læge ser sig selv som det lokale lægefaglige sundhedstilbud.

Det ændrer dog ikke på, at samarbejdet med sundhedsvæsenet i regionerne fortsat vil være helt essentielt, da det er her, den praktiserende læge henter sin lægefaglige "back up".

Hvad karakteriserer lægens arbejde?

De praktiserende læger har med 34,9 mill. kontakter ansvaret for ca. 90 % af alle kontakter i sundhedsvæsenet. Kontakten til befolkningen er derfor tæt og svarer i gennemsnit til ca. 7,4 kontakter pr. person pr. år.

Vores kontaktflade er karakteriseret ved³:

- at være borgerens altovervejende første, frie og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet
- at sikre effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer ved

² Kilde: WONCA Europe, juni 2002, www.dsam.dk/

³ Kilde: Målbeskrivelsen for Almen Medicin, DSAM december 2002, www.dsam.dk

at behandle og koordinere patientens behov for andre sundhedsydelser gennem henvisning og rådgivning (gatekeeper)

- at være personcentreret, men også familie og lokalsamfund inddrages hvor det er relevant
- den særlige konsultationsproces hvor der over tid skabes et personligt forhold gennem effektiv kommunikation
- at vi tager os af såvel akutte som kroniske helbredstilstande
- at vi søger at fremme sundhed og velbefindende ved særlig indsats
- at vi forholder os til sundhedsproblemerne fysiske, psykologiske, kulturelle og eksistentielle dimensioner

Styrken

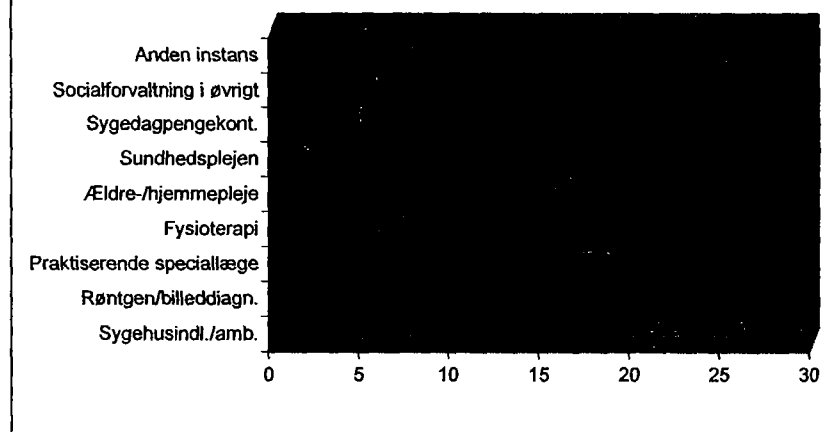
Patienterne efterspørger kontakt med få personer, og den praktiserende læges centrale rolle beror på, at mange føler sig trygge ved at have lægen som deres faste omdrejningspunkt i en sygdomssituation og når der skal indhentes helbredsoplysninger m.v.. Lægen kender ofte patienten gennem et længere tilknytningsforhold. Det kan være en særlig værdi for en ældre kronisk syg patient, der er afhængig af såvel lægelig kontrol som pleje og omsorg.

Hertil kommer, at langt de fleste sygdomstilstande er ukomplicerede og håndteres af almen praksis uden problemer. Det er omkostningseffektivt. Det koster samfundet ca. 1000 kr. pr. år pr. indbygger at have kontrakt med almen praksis. Kontrakten omfatter både klinikdriften i dagtiden og lægevagten – det vil sige et 24 timers beredskab for hele befolkningen.

Det regionale samarbejde fylder mest, men der er også en del kontakt med ældre- og hjemmeplejen

Der er ikke så megen konkret viden om kontaktmønsteret mellem almen praksis og kommunerne. I overenskomstsammenhæng kan man se på antallet af socialmedicinske kontakter, dvs. kontakter mellem socialforvaltninger og egen læge om socialmedicinske problemstillinger, som f.eks. bevilling af hjælpemidler.

Figur 5. Kontakthypigheden størst til sundhedsvæsenet, men ældre- og hjemmepleje vejer også



Kilde: Audit Projekt Odense, Praktiserende Lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet, september 2003

En undersøgelse foretaget af Audit Projekt Odense ved Syddansk Universitet viser bl.a., hvor kontaktmønsteret er. Audit undersøgelsen baseret på registreringer af læger i fem amter giver et billede af, hvordan lægerne oplever kontakten med kommunerne. Hyppigste kontakt er med sygehus og ambulatorium samt praktiserende

speciallæger. Men ældre- og hjemmeplejen er der også hyppig kontakt til. Undersøgelsen undervurderer imidlertid antallet af kontakter, fordi epikriser og laboratorie- og røntgensvar m.v. ikke er taget med. Undersøgelsen skønner med inddragelse af registerdata, at kontakten til og fra praksis vedrørende det øvrige sundhedsvæsen fylder knap 90 % af kontakterne.

**Kontakten er
overvejende telefonisk**

Ses der alene på de ydelser, som registreres overenskomstmæssigt – *de socialmedicinske ydelser* - udgør disse under 1 % af antallet af kontakter i almen praksis i dagtiden. Det er karakteristisk, at knap 90 % af disse kontakter sker telefonisk. Samme mønster finder man i APO Undersøgelsen. Nævnt ovenfor. Mere end 70 % af de kommunale kontakter, der er registreret af lægerne, er foregået telefonisk, og under 20 % ved møde. Resten sker fortrinsvis pr. fax eller post.

Skal man arbejde tættere sammen, er det også vigtigt, at der finder et møde sted, så parterne har kendskab til hinanden. Dette har tilsyneladende ikke været ret almindeligt.

Forslag

Det skal gøres muligt for læger og samarbejdspartnere i kommunen at kunne mødes også om mere generelle emner og ikke bare konkrete patienter, f.eks. ved, at der overenskomstmæssigt aftales særlig "kommunal kontakt".

3. Hvor kan almen praksis deltage i indsatsen?

3.1. Sundhedsfremme og forebyggelse[†]

Den primære forebyggelse (indsatsen overfor den raske befolkning)

Vi deltager i sundhedsfremme og forebyggelse på en række områder. Rollen som sundhedsfremmer er en del af målbeskrivelsen for den praktiserende læge og er en kerneopgave. Ca. 1/3 af vores tid går til forebyggende aktiviteter, og de spænder vidt, jf. nedenfor.

Den primære forebyggelse, d.v.s. indsatsen overfor den raske befolkning, hvor risikoen for at sygdom eller andre problemer i det hele taget opstår, deltager vi i ved:

- Risikovurdering af den raske patient med henblik på rådgivning om ændret (livsstil) adfærd
- Børneprofylakse, d.v.s. børneundersøgelser og -vaccinationer
- Svangreomsorg, herunder risikovurdering ved prænatal vejledning
- Antikonception
- Vaccinationer

Den sekundære Forebyggelse (finder symptomer og sygdom tidligst muligt)

Screeningindsatsen er i de senere år taget til, og vi deltager her i de specifikke landsdækkende eller lokale programmer, der er aftalt i forbindelse med tidlig opsporing af sygdom og risikoopsporing, f.eks.

- Screening for livmoderhalskræft
- Screening for klamydia
- Diabetesopsporing
- Tidlig opsporing af kræftsygdomme
- Hjerter-kar-sygdom (særlig forebyggende konsultation er indført for at opspore iskæmisk hjertesygdom)
- Psykiske lidelser (særlige test er indført for at forbedre diagnosticering af depression og demens)

Hensyn

Ved risikoopsporing er det essentielt, at vi ikke unødigt sygeliggør raske mennesker, og vi skal så vidt muligt garantere, at indsatsen kommer de "rigtige risikanter" til gode. *Det er ikke udførelsen af blodtryk, kolesterol og blodsukkermålinger, der er vanskelige, men at måle på de rigtige mennesker og at kunne drage de rigtige konsekvenser af fundene, er det der gør vores*

[†] For mere om definitioner se Forebyggende sundhedsarbejde. Baggrund, Analyse og teori. Arbejdsmetoder. Finn Kamper Jørgensen og Gert Almind.

**Den tertiære
Forebyggelse
(forhindre tilbagefald
af sygdom, forhindre
kroniske tilstande,
herunder
funktionsnedsættelse
på grund af sygdom)**

**Kroniske
sygdomme**

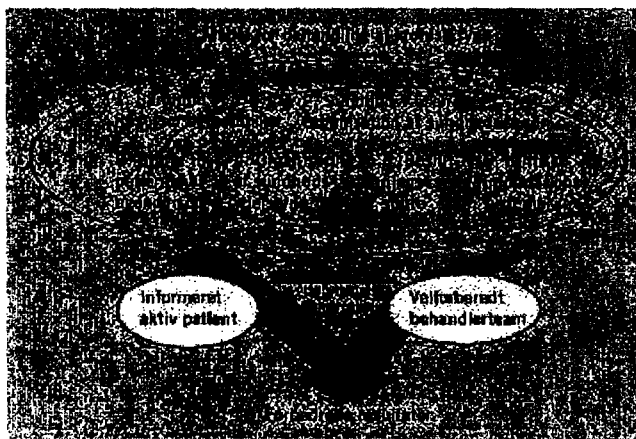
kvalificerede indsats nødvendig.

Vi deltager også i den tertiære profylakse/forebyggelse ved at forebygge yderligere udvikling eller tilbagefald ved kroniske sygdomme. Konkret er indsatsen bl.a. rettet mod patienter med kroniske lidelser inden for de forskellige folkesygdomme (kræft, allergi, rygerlunger (KOL), diabetes, bevægeapparatlidelser, psykiske lidelser, etc.)

De kroniske patienter udgør en væsentlig belastning af sundhedsvæsenet. Omkring 1-1,5 mill. mennesker lider af en eller flere kroniske sygdomme og sygdomme i varierende grad, men beslaglægger en stor del af sundhedsvæsenets kapacitet.

Praksis indgår og skal indgå i sikring af forebyggelse af de kroniske patienters sygdomme og i aktivisering af patientens egne ressourcer. Ca. halvdelen af vores kontakter skønnes at vedrøre kroniske sygdomme.

Indsatsen for kroniske patienter kræver en meget stor grad af koordinering og en kompleks indsats på mange niveauer. Der arbejdes i mange sammenhænge med at tilrettelægge indsatsen efter CCM (The Chronic Care Model), jfr. nedenfor.⁵



Figur 1. Figuren viser den komplekse indsats, der underbygger sundhedsvæsenets indsats for patienter med kroniske sygdomme. Målet er at reducere sygdommens progressionsforløb og gøre patienten i stand til i så høj grad som muligt at tage vare på egen sygdom i samarbejde med sundhedsvæsenets tværfaglige tilbud [6].

Kroniske patienter har især brug for:

- Adgang til bedst mulig behandling
- En primærsektor, der kan administrere bedst mulig behandling og kontrol, og hjælpe patienten hen til støttende og supplerende tiltag

⁵ UFL 2005 nr. 3 Optimering af indsatsen ved kroniske sygdomme, Overlæge Anne Frølich, overlæge Carsten Henriksen & overlæge Svend Juul Jørgensen. Modellen er baseret på MD, MPH Ed Wagner, MacColl Institute for Healthcare Innovation

- Adgang til specialiseret behandling ved komplikationer
- Vedvarende information og støtte til sig selv og de pårørende for at kunne tage vare på egen sygdom
- Støttende tilbud i nærområdet

I Danmark har vi betingelserne for, at almen praksis som det lægelige holdepunkt kan spille en væsentlig rolle i denne model. Vi kan administrere patientens behandling på det højst mulige niveau og hjælpe patienten til støttende og supplerende tiltag. Væsentligt er også, at der er adgang til et specialiseret sygehusvæsen, når patienten er rigtig syg. I det hele taget kan praksis være med til at sikre den rigtige visitering af de kroniske patienter efter deres behov for specialiseret indsats.

I fremtiden vil det også være vigtigt, at det specialiserede sygehusvæsen stiller sig til rådighed med undervisning og konsulentfunktioner til egen læge.

En række støttende og supplerende tiltag foregår i lokalområdet, men kan organiseres på forskellig vis, men kontakten med almen praksis skal opretholdes.

Mere fokus på implementering af kliniske retningslinjer

Det indgår i modellen, at der skal være beslutningsstøtte for de sundhedsprofessionelle. Dette sker bl.a. gennem implementering af kliniske retningslinjer, der udarbejdes i et samarbejde mellem primær og sekundær sektoren. I de seneste år er dette arbejde intensiveret i et samarbejde mellem DSAM og øvrige speciallægeselskaber. Arbejdet er støttet af Sygesikringens Forhandlingsudvalg og PLO og skal fortsætte.

Indsatsen kan fortsat forbedres

De praktiserende læger vil i øvrigt kunne forbedre deres indsats hvis

- Der er relevante tilbud at henvise til f.eks. diætvejledning, motion, rygeophør
- Der er mulighed for hurtig udredning af patienterne, f.eks. gennem hurtig henvisning til laboratorier og billeddiagnostik

Forslag

Den praktiserende læge skal varetage opgaven at risikovurdere befolkningen samt diagnosticere, behandle og kontrollere patienter med kroniske sygdomme. Egen læge skal varetage kontrollen af de kroniske patienter, der ikke har behov for specialistbehandling i sygehusenes ambulatorium. Der skal etableres aftaler om "shared care" mellem sygehuse, almen praksis og lokale tilbud om den enkelte gruppe af kronikere og inden for de forskellige sygdomme med hensyntagen til forskellige niveauer af behov. Praksiskonsulentordningen i sygehusvæsenet og kommunale praksiskonsulenter (se senere) bør være centrale ressourcepersoner.

3.2. Rehabilitering

Opgaven er at få samarbejdet til at glide Et af formålene med Kommunalreformen er at søge at mindske usikkerheden i overgangen i patientforløbet fra den ene myndigheds/sundhedsorganisations ansvar til den anden. Dette har særligt været fremhævet på rehabiliteringsområdet. Alle relevante aktører indenfor sygehusvæsen, praksissektoren og kommune skal sørge for, at patienten i bedst tænkelig grad kan vende tilbage til tidligere funktion. Indsatsen starter ofte på sygehuset i forbindelse med indlæggelser, men behovet kan også opstå i hjemmet.

Sygehusets rolle Sygehuset skal ved udskrivning udarbejde en genoptræningsplan, som har til hensigt at give en lægefaglig vurdering af patientens behov for genoptræning. Planens faglige indhold skal følges, men det anvises ikke nødvendigvis, hvor genoptræningen skal foregå.

Tværfaglige hospitalsbaserede teams med udadgående funktion og hjemmebesøg har vist sig at have effekt i nogle sammenhænge, og er en mulighed, der bør arbejdes med.

Kommunen Kommunens opgave er at anvise, hvor og hvilken type af genoptræning, der er til rådighed for patienten og tilvejebringe denne – i nogle sammenhænge ved at indgå aftale med regionerne om løsninger.

Rehabiliteringsbehov uden indlæggelse Den praktiserende læges rolle vil være særlig tydelig, når behovet for rehabilitering opstår i eget hjem, f.eks. et stykke tid efter en indlæggelse. Det kan f.eks. være apopleksi-patienter, der oplever gradvist funktionstab. Her vil den praktiserende læges rolle være at henvise til relevante tilbud under hensyntagen til de tilbud, som kommunen har.

Forslag

- Det er påkrævet at inddrage de praktiserende læger i tilrettelæggelsen af de lokale tilbud og informere dem om tilbuddenes indhold. Lægen skal også have tilbagemelding om patientens fremskridt. Rehabilitering er et af de områder, der egner sig til sundhedsaftaler i de nye sundhedskoordinationsudvalg
- Lægekonsulenter skal inddrages i kommunens visitering til konkrete rehabiliteringstilbud i det omfang, det ikke ligger fast med den plan sygehuset har udarbejdet

3.3. Samarbejde med plejehjem

Hvori består samarbejdet?

Plejehjemsbeboere er selvstændigt sygesikrede og har krav på valg af egen læge. Lægens opgave er derfor primært at varetage patientens almindelige sundhedsproblemer.

Det er klart, at det ofte vil forudsætte et samarbejde med personalet på plejehjemmet f.eks. i forbindelse med medicinfornyelse. Plejehjemmet kan sagtens have flere læger at samarbejde med, som kan gøre samarbejdet mere komplekst.

Procedurene for medicinfornyelse er - om end juridisk velbeskrevet - i dagligdagen ofte genstand for besvær og usikkerhed, især fordi det er vanskeligt for lægen at bedømme kompetencen hos skiftende personale. Arbejdsgangen er besværlig og usikker med fax-beskeder frem og tilbage.

Forslag

- **Skal lægen være plejhjemslæge?**

Der er behov for at styrke samarbejdet. Det er erfaringen, at der udover dialog med patientens egen læge, er behov for særlig rådgivning af personalet. Det drejer sig f.eks. om medicinhåndtering og håndtering af beboere med demens eller andre hyppige følgesygdomme af alderdommen.

Man kunne forestille sig, at det også var muligt for plejhjemmene at have en praksiskonsulent tilknyttet, der kunne bidrage til løsning af samarbejdsproblemer. Plejhjemmene kunne også have en generel adgang til at have "konsultationer" med lægerne om generelle spørgsmål. Den model, som vi kender fra det socialmedicinske samarbejde med socialforvaltningerne, kunne evt. udvides til at omfatte plejhjemmene.

Forslag

- **Lettere kommunikation**

Det er oplagt at satse på, at der indføres adgang til kommunikation mellem plejehjem og lægen. Erfaringerne fra e-kommunikation med patienten kan udnyttes.

Kommunikationen skal indrettes således, at kontakter, der vedrører konkrete patienter, lagres direkte i lægens journal, så lægen har det fulde overblik over patientens data. E-kommunikation skal begrænses til enkle henvendelser.

Plejehjemmet skal samtidig kunne modtage en opdateret oversigt over den medicin, som lægen har ordineret til patienten.

3.4. Samarbejde med forvaltningerne

Kommunens størrelse

Det er lettere at etablere et godt samarbejde mellem læger og kommuner, når kommunen ikke er for stor. Det kan derfor være

vigtigt at sikre, at store kommuner organiserer sig i forhold til lægerne, så man kan opnå et kendskab til hinanden. Det kan f.eks. betyde, at det er en dårlig ide at opdele borgerne mellem sagsbehandlere i socialforvaltningen efter CPR-nr.

Det kan også være vigtigt, at der etableres miljøer, hvor den kommunale sundhedstjeneste kan mødes jævnlige, så sundhedsplejersker og skolelægen(erne) har kontakt.

**Lægekonsulenter-
nes rolle, børne og
ungelæger
lægekonsulent
rådgiver**

Lægekonsulenten er en velkendt figur i de kommunale forvaltninger både som børne- og ungelæge og som lægekonsulent, hvor han/hun løser konkrete opgaver overfor de enkelte børn og unge, og i forbindelse med enkeltsager om f.eks. helbreds-vurderinger i sociale sager. Lægekonsulenterne vil herudover kunne:

- Være en lægefaglig kommunikator og oversætter i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger, som forvaltningen er inddraget i
- Deltage i det sundhedspolitiske arbejde i kommunen i form af tværfaglige udredende arbejdsgrupper, temamøder m.v. om især børne- og ungeproblemer og socialmedicinske problemstillinger
- Facilitere samarbejdet og dialogen med de praktiserende læger om attestskriveri og kvaliteten heraf i konkrete sager i begge leje
- Have undervisende funktion i forhold til personalet
- Deltage i visiterende funktion f.eks. for fysisk og psykisk handicappede, plejehjem, rehabilitering etc.

**Skal lægerne være
fuldtidsansatte?**

Praktiserende læger har gode forudsætninger for at udfylde stillingerne som kommunallæger. Ideelt set vil det for store kommuner være oplagt at oprette fuldtidsstillinger. Men det er også en styrke, at mange af lægerne har et ben i den daglige praksis, og dermed et nøje kendskab til arbejdet her. En kombination af fuldtids- og deltidsansættelser vil derfor i mange store kommuner være en fordel. Hertil kommer, at det i det hele taget kniber med rekrutteringen til de kommunale lægestillinger, og praktiserende læger vil ikke kunne arbejde fuldtids og sjældent mere end højst halvtids.

Forslag

Skal det gøres attraktivt at blive kommunallæge, skal der skabes ordentlige miljøer, som lægerne er en del af, og der skal være konkurrencedygtige løn- og arbejdsvilkår. Det er ingen skade til

at timetallene sættes op, men det vil fortsat være mest hensigtsmæssigt, at der også er praktiserende læger, der har kommunallægefunktionen. Det er med til at ruste kendskabet til hinanden og styrke dialogen mellem praksis og kommune.

Det socialmedicinske felt har brug for at blive udbygget og rustet fagligt. Kvalitetsudvikling og IT kommunikation er nødvendige elementer i en fortsat faglig udvikling af området.

De to aftaler om kommunallægeansættelser harmoniseres, så der er ensartede vilkår for faglig udvikling og løn- og ansættelsesvilkår.

3.5. Misbrugsbehandling

Ny opgave for kommunerne

Kommunerne får efter sundhedslovudkastet ansvar for misbrugsbehandling både for alkoholmisbrug og stofmisbrug. Allerede i dag er området med 16 ansvarlige amter ikke velfungerende⁶. Det vil kræve en hel del af kommunerne at tilrettelægge en ordentlig indsats. Alkohol- og misbrugsproblemer kræver specialistviden, og der er mange følgesygdomme for de pågældende, som ses i almen praksis og på sygehusene.

Alkoholbehandlingen er f.eks. karakteriseret af, at der er manglende viden om de forskellige behandlingsmetoders virkning, og at der er stor forskel på tilbuddene rundt omkring i landet.

Alkoholindsatsen er spredt på amtslige institutioner med tilhørende alkoholambulatorier samt en række andre forskelligartede tilbud. Samarbejdet med almen praksis er sjældent beskrevet. Der er behov for en hurtig kortlægning og en ny strategi, der også skal koordineres med kommunens almindelige målsætninger for forebyggelse på alkoholområdet.

Forslag

Der skal ske en hurtig kortlægning af tilbuddene og samarbejdet med almen praksis oprustes i form af aftaler om samarbejdet mellem de institutioner, der indgår i kommunens tilbud og almen praksis. Kravene til området og samarbejdet bør udmøntes i en sundhedsaftale og kunne f.eks. være et interessefelt for en praksiskonsulent, der kunne inddrages i at udforme samarbejdsaftaler evt. dækkende en hel region.

⁶ Se Den offentlige indsats på alkoholområdet, Arbejdsgruppe nedsat af Indenrigs- og sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen om den offentlige indsats på alkoholområdet, 2002 (Kornumrapporten)

3.6. Arbejdsmarkedsindsatsen

Aktiv indsats

Der er ingen tvivl om, at det er nødvendigt at have en aktiv indsats på arbejdsmarkedet, så fastholdelse af tilknytningen til arbejdsmarkedet bevares så længe som overhovedet muligt og langtidsledighed undgås. Der er en lang tradition for, at almen praksis deltager i denne opgave gennem ikke mindst helbredsundersøgelser af vores patienter og deres fysiske og psykiske ressourcer.

Firkantet samarbejde

Det er en god udvikling, at vi generelt ser mere på hvad vores patienter kan i stedet for "ikke kan". Der er af og til situationer, hvor lægen ikke kan løse en konflikt, og hvor kun arbejdspladsen kan få den pågældende rask igen ved en fornuftig arbejdsgiveradfærd. Samarbejdet på dette område er derfor nærmere et firkantssamarbejde. Den syge - virksomheden - lægen og kommunen, hvor man allerede på nuværende tidspunkt har indført muligheden af de såkaldte rundbordssamtaler.

Der er aftalt et stort set velfungerende attestsystem, der bruges til at indhente relevante helbredsoplysninger i forskellige situationer, men systemet er tungt og langsommeligt. Lægeforeningen er engageret i arbejdet med at smidiggøre attesterne bl.a. som udløber af et udvalgsarbejde i Beskæftigelsesministeriets⁷ regi.

Der er mange gode eksempler på, hvordan firkantssamarbejdet kan forbedres. For nylig har et udvalg under Beskæftigelsesministeriet⁸ udgivet et inspirationskatalog baseret på en række konkrete interview og eksempler. Det handler ikke mindst om bedre kommunikation, og det er der mange muligheder for.

Forslag

Der bør være tættere kontakt med kommunernes socialforvaltninger:

- Den telefoniske dialog og mødedialogen kan styrkes på bekostning af den arbejdskrævende og langsommelige skriftlige kommunikation. Det kan ske ved fællesmøder, besøg hos lægen, hotline, nyhedsbreve etc.
- Lægerne bør have mulighed for - gennem deres overenskomst - at deltage i f.eks. et halv- eller helårligt møde med socialforvaltningen om generelle spørgsmål
- Der kan arbejdes hen imod "partnerskabsaftaler" om f.eks. forløbet i en sygemelding. Parterne er også virksomheder og organisationer
- Lægekonsulenterne kan inddrages i, at der anvendes de rigtige attester, og at spørgsmålene til lægen formuleres så præcist som

⁷ Rapport fra arbejdsgruppen om bedre lægeerklæringer, Arbejdsmarkedsstyrelsen, august 2004

⁸ Inspiration: Sådan kan læger og kommuner samarbejde om at fastholde sygemeldte på arbejdsmarkedet, CABI og Arbejdsmarkedsstyrelsen, marts 2004

muligt

- Lægekonsulenten kan deltage i kvalitetssikringsarbejde, der gensidigt skal forbedre kvaliteten af efterspørgslen efter attester og udfyldelsen af dem
- Kommunikationen skal digitaliseres gennem en "blanketserver" og anvendelse af e-mail.

4. Hvordan skal vi organisere samarbejdet

4.1. Sygesikringen og landsoverenskomsten

Sygesikringens Forhandlingsudvalg nedlægges og kompetencen overgår til Regionernes Lønnings- og takstnævn.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg nedlægges. Fra at være et selvstændigt forhandlingsområde lægges opgaven med at indgå overenskomster med praksissektoren nu i det nyoprettede "Regionernes Lønnings og takstnævn" som ikke længere er en del af Sundhedsloven, men lov om regionerne. Dette nævn får ansvaret for både egentlige lønoverenskomster og aftaler med sygesikringsyderne.

Organ der kan andet end føre takstpolitik

Repræsentationen ændres også væsentligt i forhold til i dag. Hvor udvalget tidligere bestod af et antal politikere, der repræsenterede alle amter, vil hver region fremover have en repræsentant. Hertil kommer repræsentation fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet og kommunerne, som vil få to pladser. Det er også en nyskabelse, at Indenrigs- og sundhedsministeren ikke længere skal godkende aftalerne, men i stedet tillægges repræsentanterne fra både Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet en vetoret.

Primærsektoren har brug for en kompetent forhandlingspartner

Nævnets arbejdsmåde vil blive særdeles afgørende for udviklingen. Det forekommer meget skævt, at nævnet både skal tage sig af egentlige lønoverenskomster og samtidig have ansvaret for den sundhedspolitiske udvikling på sygesikringsområdet. Hele definitionen af sygesikringen som en sikringsform og et sundhedspolitisk instrument for primærsektoren synes at være forsvundet og gjort til et takstspørgsmål. Forhandlingsspørgsmålene i de nuværende overenskomster spænder meget vidt fra planlægning, faglige begrundelser for nye ydelser, kvalitetsudvikling, klageregler etc. Honorarspørgsmålet er det absolut mindst komplicerede.

Aftaler med dette nævn bør nyde bred opbakning. Risikoen er, at lønpolitik og "regionspolitik" vil overskygge en samlet sundhedspolitik. Kommunerne skal også i nævnet påtage sig et medansvar for den samlede opgaveløsning i primærsektoren og ikke alene se på det kommunale udbytte.

Praktiserende lægers forhandlingsudvalg

PLO vil fortsat sikre, at der er en kompetent central forhandlingsorganisation, der vil kunne indgå forpligtende aftaler med det nye nævn.

Der er blandt de praktiserende læger et meget stort ønske om, at flest mulige aftaler skal indgås på landsplan, så tilbuddet til patienterne og lægernes arbejdsbetingelser er på samme niveau i hele landet. Med den direkte regionsinddragelse i

forhandlingsudvalget skulle det på en række områder være muligt at lave fælles løsninger.

Der vil fortsat kunne indgås regionale aftaler, jfr. de § 2 aftaler, vi kender i dag, men det er vigtigt, at der skabes gennemsigtighed og, at der gøres mere for at udbrede kendskab til og erfaringer med lokale/regionale projekter, så de evt. kan overføres til landsplan.

De regionale samarbejdsudvalg

I hver region skal der fortsat nedsættes et overenskomstrelateret samarbejdsudvalg. Det er her, der skal indgås bindende aftaler, som afviger fra landsdækkende aftaler, f.eks. hvis gennemførelsen af nogle sundhedsaftaler indebærer behov for at inddrage de praktiserende læger på en måde, der ikke allerede er dækket af overenskomsten.

Det er PLO's opfattelse, at kommunerne af den grund også bør være repræsenteret i de regionale samarbejdsudvalg.

Vi forventer, at repræsentanterne bliver politisk udpegede. Forarbejde og sekretariatsfunktion vil skulle aftales mellem PLO's lokale organisation, regionens forvaltning og kommuneforeningens sekretariat.

Kommunerne må her tilsvarende finde en model for repræsentation, da ikke alle kommuner vil kunne være repræsenteret.

Midlertidigt regionalt samarbejdsudvalg

PLO vil fra 1. januar 2006 danne midlertidige regionale praksisudvalg som vil bestå af formændene fra de nuværende amtslige praksisudvalg. En dialog om lokale og regionale forhold er derfor mulig allerede nu. Praksisudvalgsformændene forlænges til udgangen af 2006 for at bevare kontinuiteten i denne vigtige overgangsperiode.

Der er opgaver, som det vil være nødvendigt at få på plads så hurtigt som muligt:

Opgaver der påvirkes

- §2 aftaler og andre lokale aftaler skal "regionaliseres". En nøje gennemgang af aftalerne og deres indflydelse på patientforløb etc. skal ske under alle omstændigheder
- Lægevagten vil også hurtigt skulle samordnes i storvagtsordninger, med en fælles akutpolitik i regionen, så regionens borgere får ensartet serviceniveau og besked om, hvordan ordningerne fremover kan udnyttes. Dette bør gå hånd i hånd med aftalte centrale rammer for lægevagts funktion

- Samarbejdsorganerne i de enkelte amter og centralt skal tilpasses den nye struktur. F.eks. vil de amtslige kvalitetsudvalg skulle omlægges til regionale kvalitetsudvalg

4.2. Det regionale samarbejde

De nye regionale sundhedskoordina-tionsudvalg

I Sundhedsloven er defineret et nyt koordinerede udvalg for det regionale samarbejde mellem regionen, kommunerne og praksissektoren. Det fremgår af bemærkningerne, at de nye udvalg skal nedsættes på samme måde som de i dag kendte samarbejdsudvalg. Det er uden tvivl nødvendigt at samle de forskellige politiske kompetencer og beskrive en ramme for samarbejdet. Det fremgår ikke, hvordan udvalgene konkret skal sammensættes, men regionsrådet og kommunerne kan nedsætte udvalg og arbejdsgrupper med inddragelse af faglig ekspertise og repræsentanter for brugerne.

Det er endnu ikke defineret, hvorledes disse nye udvalg skal sammensættes og arbejde. Men det ligger klart, at et hovedindsatsområde skal være regionale sundhedsaftaler.

Specifikationsniveauet for disse aftaler kendes endnu ikke, men følgende eksempler er nævnt i lovttekstens bemærkninger:

- Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
- Aftaler omkring indlæggelsesforløb
- Behandling af stofmisbrugere
- Aftaler om træningsområdet
- Aftaler om hjælpemiddelområdet
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse,
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Udvalgene vil skulle dække et ganske stort kompetenceområde, men også et økonomisk og personalemæssigt tungt område med mange institutioner og ydere.

Organisatorisk vil udvalget være hæmmet af, at der i nogle regioner vil være op imod 35-40 kommuner, som i princippet burde deltage i arbejdet. Det vil næppe være hensigtsmæssigt, og derfor må de kommende kommuneforeninger finde en måde at forvalte udpegning og mandatgivning på, der muliggør

handlekraft i udvalget.

**Praksissektorens
repræsentation**

Praksissektoren er omtalt i udkastet til Sundhedsloven som værende en selvstændig part, der også skal repræsenteres. Det er fornuftigt ud fra den tankegang, at praksissektoren ikke som sådan er repræsenteret hverken via regionens eller kommunernes repræsentanter. Det er også fornuftigt af den grund, at praksissektoren ofte er bindeledet mellem de forskellige sektorer og dermed også har en betydelig viden om forholdene.

Forslag

Praksissektoren bør inddrages i det nye samarbejdsudvalg med to repræsentanter i hver region – udpeget af PLO

De nye samarbejdsudvalgs opgaver vil skulle ses i sammenhæng med de overenskomstnedsatte samarbejdsudvalg, jfr. ovenfor

4.3. Det kommunale samarbejde

**Sundhedscentre
..ja, men hvordan...**

Tiltag, der kan medvirke til at forbedre befolkningens sundhedstilstand må naturligvis hilses med glæde. Der kan derfor givet også komme noget godt ud af diskussionen om sundhedscentre/sundhedshuse etc. Vi har i dag et både velfungerende og billigt system med de praktiserende læger som indgangsport til sundhedsvæsenet og som "gate-keepere". Sundhedscentre/sundhedshuse vil nogle steder kunne oprettes som et supplement til dette system og ikke som en unødigt ekstraforanstaltning. Risikoen er faglig udvanding, forvirring om kompetencer og dermed en hindring en facilitering af intentionerne om "det gode patientforløb" hvilket alt andet lige vil være fordyrende.

Syge borgere skal have sygehusbehandling, når det er påkrævet og aflastning, f.eks. pasning på plejehjem, hvis det er påkrævet. Det betyder, at man skal gøre sig meget umage med at formulere opgaven for de lokale sundhedscentre og satse på, at de bliver et velkomment supplement til de eksisterende sundhedstilbud, og ikke et parallelt tilbud.

Hvis kommunen kan se en fordel i at samle forebyggelse og sundhedsfremme samt rehabilitering, kan oprettelsen af et sundhedscenter være en god ide. Et fast mødested kunne facilitere samarbejdet med gruppen som hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker.

Høj kvalitet i dagtiden

Kvalitet er et nøgleord i dagens sundhedsvæsen, og målet for et sundhedscenter bør være at blive et tilbud til almindelige lidelser. Sundhedscentret skal tage sig af syge mennesker, der skal hjælpes til et bedre liv, men som ikke har brug for sygehusindlæggelse. Derfor skal sundhedscenteret være et dagcenter og ikke have senge tilknyttet.

Forslag til lægens rolle

- Vi kan være visitatorer til sundhedsydelse i centeret på linje med visitering til sygehusbehandling
- Vi kan være tilknyttet på konsulentbasis overfor de faglige grupper i centeret, men ikke være behandlende
- Det er en god ide at gennemføre forsøgsvirksomhed, der evalueres, så vi sikrer os, at nytteværdien er til stede

Kontaktudvalg

I overenskomsten er der mulighed for at nedsætte kontaktudvalg med kommunerne. Nogle steder findes de – men de fleste steder findes de ikke. Meget kunne tyde på, at udvalgene ikke har vist sig funktionsdygtige.

Der er vigtigt at have en dialog mellem almen praksis og kommunerne, men det skal være dialog om mange forskellige spørgsmål.

En genoplivning af kontaktudvalgene vil derfor næppe være svaret på det fremtidige samarbejde. Det koster mange ressourcer at skulle nedsætte sådanne udvalg i alle kommuner, hvis de skal fungere efter hensigten. Udvalg er gode til at tale mere overordnet, men skal der handles, er andre løsninger nogle gange bedre.

Forslag om fleksible samarbejds muligheder

Fremtidens samarbejde mellem praksis og kommunerne må tilrettelægges fleksibelt og ad hoc baseret.

Det skal være muligt:

- At nedsætte adhoc udvalg til at se på forskellige problemer
- At forvaltningen kan besøge lægerne i lokalområdet
- At der kan holdes fællesmøder med forvaltningens forskellige enheder

**Forslag – kommende
Praksiskonsulenter**

Praksiskonsulenter er arbejdsgivere, der på fagligt grundlag kan medvirke til at analysere og udlede arbejdsgange og resultater. Konsulenterne kan også være proceskonsulenter, der kan facilitere samarbejdet. Det vil derfor være en god ide i samarbejdet med praksisudvalgene at ansætte praksiskonsulenter, som inden for bestemte områder, f.eks. rehabilitering, misbrugsbehandling, plejehjem, arbejdspladsfastholdelse etc. kan medvirke til at få arbejdsgange analyseret, og få højnet informationsniveauet og dialogen

**Aftaler indgås i
samarbejds-
systemet**

Rammerne for samarbejdet kan aftales i overenskomsten, hvor der allerede er erfaringer at bygge på.

Ønsker en kommune at indgå aftaler med kommunens læger om en særlig arbejdsindsats eller metode, som ikke kan rummes inden for den gældende landsoverenskomst, bør det også kunne lade sig gøre på samme måder som det enkelte amt i dag kan indgå § 2 aftaler. Men aftalen skal formelt indgås med det regionspraksisudvalg, som lægerne har valgt repræsentanter til. På den måde sikres legitimiteten af aftalerne blandt de praktiserende læger.

IT samarbejdet

Der er mange uudnyttede muligheder for at forbedre samarbejdet med kommunerne i IT sammenhæng, jfr. også de eksempler, der er givet ovenfor i relation til attester og e-mail kommunikation. Almen praksis har en mangeårig tradition for elektronisk patientjournal, og erfaringen med IT er efterhånden stor. Der er også gennemført flere pilotprojekter, bl.a. i Nordjyllands amt. Mange hjemmeplejekontorer ønsker e-mail kontakt med lægerne, men det er p.t. ikke muligt at få det honoreret.

Forslag

Det bør derfor aftales:

- hvordan de erfaringer, der p.t. er i almen praksis med e-kommunikation kan udnyttes i relation til kommunerne
- hvordan der kan iværksættes egentlig udvikling af IT-tekniske løsninger

En række organisationer er med til sikre, at udviklingen af IT til almen praksis foregår på en struktureret og indholdsmæssigt fornuftig måde. Der tænkes især på MEDCOM og sundhed.dk

Kommunerne bør deltage i dette samarbejde – jo før jo bedre.