

Resumé af delrapporten

Samarbejde og arbejdsdeling mellem almen praksis, region og kommune

1. Indledning

Hvis sundhedsvæsenet samlet set skal kunne fungere og honorere de stillede krav under de fremtidige rammevilkår er forudsætningen, at almen praksis får en endnu mere central placering i sundhedsvæsenet end hidtil.

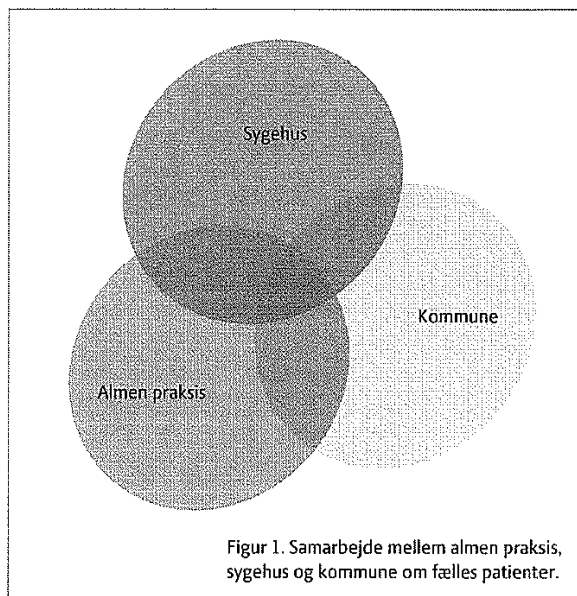
- En række patientgrupper har brug for ydelser fra både sygehus, almen praksis og kommune. Det gælder f.eks. patienter med kroniske sygdomme og ældre patienter samt patienter med livstruende, komplekse eller psykiske sygdomme.

Også disse patienter skal opleve, at sundhedsvæsenets tilbud til dem organiseres med udgangspunkt i deres særlige behov. Det kræver et tæt samspil og en gennemtænkt arbejdsdeling mellem sygehusene, almen praksis og de kommunale tilbud.

- Regionerne har ansvaret for at sikre det brede tilgængelige sundhedstilbud til borgerne i form af almen praksis. Og regionernes vision er, at almen praksis skal være fundamentet i det samlede sundhedsvæsen. Almen praksis skal være det lokale nære tilbud i et mere specialiseret behandlingssystem.

Det betyder også, at det skal sikres, både at almen praksis har de rigtige opgaver og at almen praksis har et optimalt samarbejde med de relevante parter, herunder sygehusene, kommunerne og den øvrige praksissektor.

Der er derfor behov for at se nærmere på og få præciseret almen praksis' rolle, opgaver og funktioner i fremtidens integrerede sundhedsvæsen – herunder samarbejdet med sygehuse og kommuner. Samtidig skal der også fokuseres på, hvad det øvrige sundhedsvæsen kan bidrage med til almen praksis, for at almen praksis kan fungere optimalt.



Figur 1. Samarbejde mellem almen praksis, sygehus og kommune om fælles patienter.

2. Almen praksis: Rolle, opgaver og funktioner

Almen praksis har – og skal fortsat have – rigtig mange roller og funktioner i forbindelse med udøvelse af sit arbejde. Almen praksis skal således fortsat være klinisk tovholder, generalist samt gatekeeper. Baggrunden for dette uddybes i det følgende.

2.1. Almen praksis som klinisk tovholder

- Det er den praktiserende læge, der skal have et overblik og deltage i tilrettelæggelsen af det kliniske forløb for den enkelte patient (klinisk tovholder).

Dansk Sundhedsinstitut har gennemført en undersøgelse af de praktiserende lægers opfattelse af tovholderrollen¹. Denne undersøgelse viser, at der ikke entydigt kan tales om en bestemt form for tovholderrolle.

- Det vigtige er derfor at skelne mellem, hvad der er kliniske opgaver, som de praktiserende læger skal varetage, og hvad der er ikke-kliniske opgaver og derfor kan udføres af andre end læger.

De generelle udviklingstendenser vedrørende patientbehandlingen i privat regi vanskeliggør imidlertid almen praksis' mulighed for at udføre tovholderfunktionen. Der skal arbejdes for at sikre god kommunikation mellem det offentlige sundhedsvæsen og de private sundhedstilbud.

Det er vigtigt, at tovholderfunktionen sættes ind i en sammenhæng. I Sundhedsstyrelsens kronikermodel placeres tovholderbegrebet i en kontekst, der handler om sammenhæng, om forløbstækning, om tværfaglige indsatser, om teams og om stratificering af de kroniske patienter. Den konkrete udformning af de specifikke niveauer eller funktioner er dog ikke fuldstændig fastlagt eller entydig, men skal konkretiseres og implementeres lokalt og regionalt.

¹Lone Grøn m.fl. 2007, DSI, Tovholder i praksis

2.2. Den praktiserende læge som generalist

- En praktiserende læge er uddannet til at håndtere de mest almindelige lidelser hos patienterne. Det er vigtigt fortsat at holde fast i, at de praktiserende læger fortsat skal være generalister med kompetence til at udrede, behandle og efter behov viderehenvise.

Denne generalistfunktion kan suppleres med, at praktiserende læger med specielle interesseområder inden for et geografisk område formaliseret kan have en konsulentfunktion i forhold til andre praktiserende læger på et bestemt sygdomsområde.

For at kunne gennemføre patientbehandling som "specialist" inden for en bestemt sygdom, skal den praktiserende læge gennemgå et fastlagt efteruddannelsesforløb således, at det sikres at de rette kompetencer er til stede. Information om lægernes specielle kompetencer skal fremgå på praksisdeklarationerne på sundhed.dk.

Det kan overvejes, hvorvidt det skal være muligt at kunne henvise fra én praktiserende læge til en anden praktiserende læge, som har et bestemt interesseområde – uden at patienten decideret foretager lægeskift. I forbindelse med overvejelserne om indførelse af en sådan henvisningsmulighed, anbefales det at gennemføre modelprojekter. Det skal understreges, at der ikke er tale om second opinion, men om behandling af specifikke lidelser.

2.3. Almen praksis som gatekeeper

- Almen praksis skal fortsat være gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen med henblik på at optimere ressourceudnyttelsen (LEON-princippet). Derudover har almen praksis en opgave i at være gateopener. Almen praksis har ansvaret for at få viderehenvist de relevante patienter til det rigtige behandlingssted på det rigtige tidspunkt.

Det gælder både i den almindelige åbningstid hos egen læge og uden for almindelig åbningstid, hvor det er lægevagten, der

tager over. Filosofien er – populært sagt – at de patienter der kan færdigbehandles i almen praksis også skal færdigbehandles i almen praksis. Kun patienter med komplicerede symptomer og sygdomme, hvor diagnostik eller behandling ikke kan varetages af egen læge skal henvises til specialiseret behandling hos praktiserende speciallæger eller på sygehusene.

3. Politisk og administrativ koordinering mellem almen praksis, region og kommune

Politisk og administrativ koordinering imellem almen praksis, region og kommune foregår primært inden for formelle rammer for forhandling og aftaler.

Det er Regionernes Lønnings- og Takstnævn, der har til opgave at forhandle overenskomster med praksissektoren. I henhold til overenskomsten om almen praksis er der nedsat regionale samarbejdsudvalg, og i disse udvalg kan der træffes beslutninger om lokale aftaler.

Arbejdet i de regionale samarbejdsudvalg er en vigtig del af den samlede regionale sundhedsplanlægning og et vigtigt forum for implementering af og opfølgning på sundhedsaftaler. Men med de opgaver, som de regionale samarbejdsudvalg har, er der en tendens til, at driftsorienterede opgaver fylder meget, hvorimod understøttelsen af de regionale sundhedspolitiske opgaver fylder tilsvarende mindre.

Sundhedsaftaler giver lejlighed til at lave konkrete, handlingsorienterede aftaler mellem regionen og den enkelte kommune. Sundhedsaftalerne er derfor også et godt udgangspunkt for aftaler om informationsudveksling, klar arbejdsdeling i patientforløbene og opgavedeling. Sundhedsaftalerne er et vigtigt fremadrettet redskab til at skabe dialog om kvalitet i patientbehandlingen ved at afstemme forventninger til hinanden som samarbejdspartnere og sikre sammenhæng i behandlingsforløbet.

Det er væsentligt, at almen praksis inddrages i dialogen ved indgåelsen af sundhedsaftalerne i det omfang, det er relevant for almen praksis' rolle i patientbehandlingen.

Almen praksis er repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalgene, men eftersom de er selvstændigt erhvervsdrivende med overenskomst med det offentlige, kan forpligtigende lokale aftaler med praksissektoren ikke aftales via sundhedskoordinationsudvalget eller mellem de enkelte læger og kommunen, men via overenskomstsyste­met. Lægerne er således heller ikke automatisk forpligtet til at følge en arbejdsdeling, som en kommune og en region har vedtaget i en sundhedsaftale – f.eks. i forbindelse med et forløbsprogram for en kronikergruppe.

Det nuværende lovgrundlag om sundhedskoordinationsudvalg giver ikke udvalget formel beslutningskompetence. Der er således heller ikke nogen planlægningsmæssig sammenhæng mellem sundhedskoordinationsudvalget og det regionale samarbejdsudvalg på almen lægeområdet. Dersom diskussioner i sundhedskoordinationsudvalget fører til ønsker om at indgå konkrete aftaler m.v. med almen praksis, skal det ske først via praksisudvalget og derefter drøftelser i det regionale samarbejdsudvalg.

- Sundhedskoordinationsudvalget bør udgøre det fælles forum, hvor almen praksis kan deltage direkte i drøftelser og gennemførelse af de regionale sundhedspolitiske målsætninger.

3.1. Redskaber til at understøtte den politiske/administrative koordinering

Der findes flere forskellige redskaber til at understøtte den politiske og administrative koordinering imellem almen praksis, region og kommune. Det drejer sig om forløbsprogrammer (kronikerstrategier), praksiskonsulenter og -koordinatorer samt IT.

3.1.1. Forløbsprogrammer/kronikerstrategier

Implementeringen af forløbsprogrammer/kronikerstrategier fordrer en fælles forståelse af, at det er et fælles ansvar at gennemføre sammenhængende patientforløb.

Sundhedsstyrelsen har i deres arbejde med kronikermodeller anbefalet, at der udarbejdes forløbsprogrammer. Styrelsen anbefaler endvidere, at hovedvægten i indsatsen for patienter med kroniske sygdomme lægges på primærsektoren, dvs. de praktiserende læger i samarbejde med andre sundhedsprofessioner og det kommunale sundhedsvæsen. Dette kan ske ved, at patienterne stratificeres til, hvilket tilbud de skal have, alt efter sygdom og sværhedsgrad.

Udgangspunktet er, at almen praksis i forhold til de kroniske patienter har en helt central rolle som den samlende aktør på det lægefaglige område. Samarbejdet imellem de relevante parter må imidlertid bero konkret på regionale og lokale forhold. Derfor er det også væsentligt, at alle involverede aktører deltager i udarbejdelsen af disse forløbsprogrammer.

- Der bør på regionalt niveau udarbejdes og til stadighed vedligeholdes forløbsprogrammer/kronikerstrategier i forhold til de væsentligste kroniske sygdomme. Forløbsprogrammerne bør udarbejdes af aktørerne i fællesskab.

3.1.2. Praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer

Praksiskonsulentordningen er ikke reguleret fra centralt hold, hvorfor der er regionale forskelle i opgaver og antal af praksiskonsulenter. De nuværende praksiskonsulenter har imidlertid det til fælles, at de skaber forbindelse mellem sygehusafdelinger og almen praksis, og at det har været praktiserende læger, der har dette konsulentjob som en bibeskæftigelse. Med kommunernes øgede opgaver på sundhedsområdet er der flere steder oprettet kommunale praksiskonsulentordninger, hvilket i høj grad også er hensigtsmæssigt.

- Flere regioner har taget initiativ til at lave en fælles praksiskonsulentordning for både de regionale og de

kommunale praksiskonsulenter, således at de kan dele både viden og sekretariatsbistand. Fordelen ved et fællesskab og eventuelt et fælles regionalt-kommunalt sekretariat er, at der i langt højere grad kan sættes fokus på sammenhængende patientforløb.

- For at øge kendskabet til hinandens arbejdsopgaver og metoder anbefales det, at der i den kommende aftale mellem parterne laves en fælles hensigtserklæring om at udbygge og udvikle praksiskonsulentordningen.

▫ Det er imidlertid ikke kun almen praksis' opgave at få de sammenhængende patientforløb til at fungere. Sygehusene har også et stort ansvar for koordineringen imellem parterne. Det kunne overvejes, hvorvidt der på sygehusene er behov for at oprette en lignende formel funktion, f.eks. en samarbejdsansvarlig overlæge, der har ansvaret for at koordinere patientforløb.

3.1.3. IT

- En måde at befordre samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og sygehusene på er at sikre en hensigtsmæssig elektronisk kommunikation.

Særligt i forhold til hjemmesygeplejen, er muligheden for IT-kommunikation vigtig og kan styrke indsatsen i de komplekse patientforløb. Der er derfor behov for et effektivt og sikkert kommunikations- og dokumentationsværktøj, hvorfor det anbefales at sætte fokus på at udvikle mulighederne for at kommunikere elektronisk mellem almen praksis og de kommunale sundhedstilbud, hvilket også er sket i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftalerne.

4. Samspil og samarbejde med sygehusene

Almen praksis og sygehusene har en naturlig samarbejdsflade i og med den praktiserende læge er gatekeeper og patientens tovholder i forhold til det specialiserede behandlingstilbud.

4.1. Redskaber til at fremme samarbejdet mellem sygehus og almen praksis

Det er vigtigt at se på, hvilke redskaber der kan fremme samarbejdet mellem sygehusvæsenet og almen praksis samt om disse redskaber så også anvendes hensigtsmæssigt. Samarbejdet mellem almen praksis og sygehusene foregår i forskellige strukturer (samordningsudvalg, udgående teams) og understøttes af forskellige kommunikative redskaber (henvisninger, epikriser, telemedicin).

4.1.1. Indlæggelse og udskrivning

En af de samarbejdssituationer om den enkelte patient, hvor både sygehusvæsenet, almen praksis og det kommunale sundhedstilbud ofte er involveret, er ved indlæggelse og udskrivning af patienter fra sygehusvæsenet.

- Ved til stadighed at have fælles vidensgrundlag omkring patienterne, vil kvaliteten og sammenhængen i behandlingen blive øget. Samtidig vil implementering af diagnoseregistrering i almen praksis øge kvaliteten af samarbejdet mellem de forskellige sundhedsfaglige personer.

4.1.2. Samordningsudvalg der dækker sygehusenes optageområder

Regionerne har inden for de enkelte sygehuses optageområder oprettet udvalg sammen med kommunerne og almen praksis med henblik på at koordinere forskellige relevante emner, herunder implementere og udvikle sundhedsaftalerne. Udvalgene har forskellige navne: samordningsudvalg, kontaktudvalg eller andet, men formålet er at sikre tæt samarbejde mellem kommunerne og sygehusvæsenet. Almen praksis er forskelligt repræsenteret i koordineringsudvalgene – det kan være i form af praksiskonsulenter, men det kan også være i form af repræsentanter fra praksisudvalget i regionen.

- Det anbefales, at koordineringsfora i sygehusenes optageområder understøtter dialogen med almen praksis.

4.1.3. Udgående teams

Udgående teams kan være forskelligt sammensat på tværs af faggrupper og sektorer og have forskelligt behandlingsfokus. Formålet med udgående funktioner er imidlertid, at der sikres koordinering, samarbejde og en glidende overgang mellem sektorer i det konkrete patientforløb.

- Selvom udgående teams fra sygehusvæsenet er et godt tilbud, skal det altid opvejes i forhold til, om almen praksis og det kommunale tilbud ikke er et tilstrækkeligt kvalificeret tilbud. Det er derfor vigtigt, at der er optimal kommunikation og tilgængelighed over sektorgrænserne – at den praktiserende læge er tilgængelig for sygehuslægen, og at sygehuslægen er tilgængelig for den praktiserende læge. Det samme gør sig gældende vedrørende kommunikation og tilgængelighed i forhold til det kommunale tilbud/den kommunale hjemmesygepleje.

4.1.4. Faglig udvikling

- Det skal sikres, at almen praksis til stadighed har de kompetencer, der er nødvendige for at yde patientbehandling af høj faglig kvalitet. Det er helt nødvendigt, at der er en dynamisk arbejdsdeling imellem almen praksis og sygehusafdelingerne.

En stadig større specialisering på sygehusene vil medføre, at der også flyttes opgaver ud i almen praksis. Almen praksis skal understøttes heri. Sygehusvæsenets rolle er, at der sker vidensdeling mellem sygehusafdelinger og almen praksis på de respektive sygehusafdelingers fagområder. Og almen praksis' rolle er at invitere til et samarbejde.

- En barriere for samarbejde er imidlertid den nuværende DRG-struktur, hvor der fra sygehusambulatoriets side ikke er et incitament til at flytte den – set fra sygehusvæsenets side – lettere del af patientbehandlingen ud i almen praksis.

4.1.5. Telemedicin

Et redskab til at styrke både samarbejdet og den faglige udvikling er anvendelsen af telemedicin mellem almen praksis, sygehusvæsenet og det kommunale sundhedstilbud.

- Brugen af telemedicin bør udvikles og øges. Både af hensyn til patienten, der eventuelt kan diagnosticeres eller færdigbehandles uden sygehusindlæggelse. Og for almen praksis, der løbende vil kompetenceudvikle inden for de enkelte sygdomsområder i takt med, at almen praksis ved hjælp af telemedicin kan gennemføre den diagnostik eller behandling, som ellers ville have krævet fysisk kontakt til sygehusvæsenet.

5. Samspil og samarbejde med kommunerne

Kommunerne er med Strukturreformen en ny væsentlig aktør på sundhedsområdet.

- Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne kan bestå af en række forskellige kontakter – alt fra dialog vedrørende enkeltpatienters forløb, til gensidig udveksling af information samt til generel rådgivning og vejledning omkring udviklingen af nye sundhedstilbud m.v.

For kommunerne er det væsentligt at sørge for at få etableret et godt samarbejde med almen praksis, idet det i høj grad er dem, der tidligt kan opspore patienter, der kan have gavn af de kommunale forebyggelsestilbud, eller som kan medvirke til at forhindre uheldsmæssig indlæggelse på sygehuset.

Der er i samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne meget stor gevinst at hente. Det er væsentligt, at almen praksis deltager i udviklingen af de eksisterende og nye kommunale tilbud, så det sikres, at almen praksis kender og har tillid til tilbuddenes karakter og vil henvise dertil.

Plejhjemmene, hjemmeplejen og den kommunale forvaltning er allerede kendte samarbejdspartnere. Det samme kan til en

vis grad siges om de kommunale sundhedscentre, idet de elementer som centrene indeholder i høj grad er hjemmepleje eller kommunal forebyggende indsats og genoptræning. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis kommunerne i deres opbygning af sundhedscentre indtænker den allerede eksisterende struktur på sundhedsområdet, herunder selvfølgelig almen praksis.

- Generelt er det relevant, at almen praksis via sundhed.dk har adgang til elektronisk opdateret viden om kontaktpersoner, telefonnumre og anden kontaktoplysning i forbindelse med de kommunale tilbud og forebyggelsesinitiativer.

5.1. Redskaber i samarbejdet mellem kommune og praksis

Det er vigtigt at se på hvilke redskaber, der allerede findes for at fremme samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis samt om disse redskaber anvendes hensigtsmæssigt.

5.1.1. Kommunalt-lægelige udvalg

- For yderligere at fremme samarbejdet mellem de kommunale tilbud og almen praksis bør der i videre udstrækning oprettes kommunalt-lægelige udvalg mellem kommunerne og de praktiserende læger i kommunen med henblik på at styrke samarbejdsrelationerne.

Udvalget kan medvirke til at nyttiggøre de praktiserende lægers indsigt i de lokale social- og sundhedsmæssige problemer og deres særlige muligheder for at bidrage til løsning af sådanne problemer. Endvidere kan udvalget udarbejde vejledende retningslinier for den fremtidige procedure inden for relevante samarbejdsområder med henblik på at sikre, at indsatsen over for den enkelte borger optimeres, f.eks. indsatsen over for særlige befolkningsgrupper, forebyggelse af indlæggelser, psykiske patienter med sociale problemer, behandlingsprogrammer i hjemmeplejen, forsøgsprojekter m.v.

5.1.2. Aftalt forebyggelseskonsultation

Der er i den nuværende overenskomst en ydelse, der har høj grad af relevans for samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne, nemlig ydelsen "Aftalt forebyggelseskonsultation". Hensigten med ydelsen er at medvirke til målrettet og systematisk forebyggelse, bl.a. overfor de store kroniske folkesygdomme.

Der er endvidere aftalt en tillægsydelse til den aftalte forebyggelseskonsultation om opsøgende hjemmebesøg for skrøbelige ældre normalt over 75 år.

- Det anbefales, at både almen praksis og kommunerne er bevidste om brugen af den aftalte forebyggelseskonsultation, som et redskab til at samarbejde om patienter.

5.1.3. Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser

I en årrække har der været samarbejdet mellem sygehuse, almen praksis og kommuner om at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser. I en undersøgelse af Dansk Sundhedsinstitut² anbefales det bl.a., at indsatsen blandt de eksisterende aktører i primærsektoren – kommunerne og almen praksis – optimeres.

- De praktiserende læger bør i den forbindelse medvirke i kompetenceudviklingsaktiviteter for det kommunalt ansatte personale.

Med sundhedsaftalerne er der etableret en ramme, der bør udnyttes til at indgå konkrete lokale aftaler, f.eks. aftaler om udvidet hjemmesygepleje, oprettelse af akutteams eller akutstuer/aflastningspladser.

- Da kommunerne har ansvaret for at dække borgerne behov for hjemmesygepleje bør de have et døgn-dækkende beredskab, som de praktiserende læger har mulighed for at kontakte.

²Sidset Vinge m.fl., 2007, U hensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne, DSI

Organisering af almen praksis

Robusthed og udvikling af almen praksis er en forudsætning for, at almen praksis fortsat kan indtage en nøglerolle i sundhedsvæsnet som gatekeeper og borgernes primære, nære sundhedstilbud. Der er behov for en investerings- og udviklingsstrategi, der skal fremtidssikre organiseringen af almen praksis.

En grundantagelse er, at større praksis er et middel til at udvikle og fremtidssikre almen praksis på en række områder. Det gælder rekruttering og fastholdelse i almen praksis, øget anvendelse af praksispersonale, opgaveglidning og specialisering internt i praksis, professionalisering af praksisdriften, faglig udvikling, service samt praksis' muligheder for at fungere som uddannelsessted for nye almen medicinere.

Større praksis understøtter endvidere muligheden for udlægning af opgaver fra sygehusambulatorier til almen praksis. Store lægeklinikker kan hermed udgøre nærområdets kvalificerede alternativ til sygehusene ambulatorie- og skadesfunktioner, hvilket bliver tiltagende nødvendigt i takt med centralisering og specialisering af sygehusvæsnet.

Almen praksis er kendetegnet ved, at lægerne er selvstændige erhvervsdrivende, og at praksis i stort omfang er organiseret i små enheder. Ca. to tredjedel af danske lægepraksis er solo-praksis, hvoraf nogle praksis indgår i praksisfællesskaber med andre læger. Samtidig er almen praksis karakteriseret ved relativt begrænset brug af praksispersonale og stigende rekrutteringsproblemer – ikke mindst i geografiske yderområder og socialt udsatte områder. For at sikre tilstrækkelig forsyning af praktiserende læger i visse yderområder har flere regioner indgået lokalaftaler om at etablere lægehuse, udleje lokaler samt evt. stille praksispersonale til rådighed for praktiserende læger.

Der er et potentiale for at udvikle organiseringen af almen praksis således, at de lægelige ressourcer i almen praksis udnyttes

bedre. Det gælder dels øget brug af praksispersonale, dels øget fokus på ledelse og professionalisering af de administrative funktioner i almen praksis. Samtidig er der en række barrierer for etablering af større praksis.

Øget brug af praksispersonale

Ressourcerne og mulighederne i almen praksis skal udnyttes optimalt. Der skal fortsat lægges vægt på, at LEON-princippet (Laveste Effektive OmsorgsNiveau) fastholdes og udvikles internt i almen praksis. Internationale undersøgelser viser, at der er et betydeligt uudnyttet potentiale i forhold til at anvende langt mere praksispersonale i almen praksis. Derfor skal de praktiserende læger tilskyndes til at uddelegere opgaver til praksispersonale.

Regionernes sundhedsplanlægning skal forudsætte, at almen praksis fremover anvender praksispersonale i større udstrækning. Praksispersonale skal i højere grad aflaste lægen ved selvstændigt at foretage konsultationer og kontroller. Andet sundhedsfagligt personale i praksis giver mulighed for opgaveglidning og optimeret ressourceudnyttelse i almen praksis, og praksispersonale kan dermed forbedre kapaciteten i praksis. Samtidig giver øget brug af praksispersonale mulighed for specialisering i praksis bl.a. i forbindelse med kronikeromsorg og forebyggelsesopgaver.

En væsentlig barriere for øget anvendelse af praksispersonale er utilstrækkelige fysiske rammer i praksis. Endvidere forudsætter optimal anvendelse af specialiseret personale forudsætter ofte, at praksis har en vis størrelse, ligesom det er en forudsætning, at praksis kan rekruttere kvalificerede personaleressourcer. Endelig vurderes psykologiske og kulturelle barrierer hos lægen selv at være en væsentlig hindring for øget brug af praksispersonale.

Praksispersonale

Regionernes sundhedsplanlægning skal fremover forudsætte, at de praktiserende læger anvender praksispersonale i udstrakt grad.

Regionerne vil derfor fremover forvente:

At de praktiserende læger i væsentligt øget omfang anvender praksispersonale til eksisterende opgaver, herunder selvstændige konsultationer og kontroller.

At de praktiserende læger anvender praksispersonale til at varetage specialiserede ydelser i praksis, herunder f. eks. nye opgaver i forhold til kronikeromsorg og forebyggelse.

At de praktiserende læger vha. øget brug af praksispersonale medvirker til, at alle patienter kan være tilmeldt en lægepraksis på normale vilkår.

Derfor anbefales det:

At regionerne i samarbejde med relevante parter medvirker til at tilvejebringe kliniklokaler, hvor de fysiske rammer muliggør øget brug af praksispersonale.

At regionerne tager initiativ til at udarbejde og implementere en "værktøjskasse", der skal understøtte den enkelte praktiserende læge i øget anvendelse af praksispersonale.

Værktøjskassen skal bl.a. indeholde:

- En praksisudviklingskonsulentordning, som bl.a. skal understøtte almen praksis i brugen af praksispersonale, herunder personaleleder- og arbejdsgiverrollen, samt facilitere opbygning af praksisnetværk med henblik på fælles ansættelse af praksispersonale.
- Udarbejdelse af tværgående kliniske retningslinier for praksispersonale i almen praksis.
- Et idékatalog over mulig faglig anvendelse af praksispersonale i almen praksis.

At der etableres et samarbejde med CVU vedrørende videre- eller efteruddannelse af praksispersonale – dels uddannelse af f. eks. sygeplejersker, der specialiseres i kroniske sygdomme og forebyggelse, dels uddannelse af personale med specialisering i forhold til administration.

Professionalisering af ledelse og administration i almen praksis

Der skal arbejdes målrettet for en professionalisering af praksisdriften, herunder den ledelsesmæssige og organisatoriske udvikling i almen praksis. Som selvstændige erhvervsdrivende varetager de praktiserende læger en lang række administrative og ledelsesmæssige opgaver, som lægerne ikke er uddannet til, og som ikke er direkte knyttet til patientbehandlingen.

Som grundlæggende organiseringsform skal almen praksis fortsat være selvstændig erhvervsdrivende. Men ikke-lægelige opgaver vedrørende virksomhedsdriften bør i højere grad systematiseres og delegeres til andet personale – bl.a. med henblik på at udnytte de lægelige ressourcer bedst muligt og frigøre lægernes tid til direkte patientrelateret arbejde.

Der er behov for at styrke de praktiserende lægers ledelsesmæssige kompetencer. De praktiserende læger skal tilegne sig grundlæggende kompetencer i forhold til at kunne håndtere ledelsesopgaven, bl.a. gennem kvalificeret ledelsesmæssig efteruddannelse. Ligeledes skal der videreudvikles systematiske metoder og redskaber, der kan understøtte lægens lederrolle og hjælpe praksis til at se sig selv som en organisation, der løbende skal udvikles.

Praksisudviklingsindsatsen skal understøttes af grundlæggende organisatoriske standarder og indikatorer og kobles til den danske kvalitetsmodel. Her skal der dog tages højde for, at almen praksis udgør organisatoriske enheder, der er helt forskellige fra enhederne i sygehusvæsenet.

Ledelse og administration i almen praksis

Organisationsudvikling skal være et eksplicit indsatsområde i almen praksis. Der skal gøres en systemiseret indsats for at sikre professionalisering samt organisations- og ledelsesudvikling af praksisdriften bl.a. med henblik på at optimere anvendelsen af lægeressourcer.

Derfor anbefales det:

At de praktiserende læger forpligtes til at indgå i en systemiseret indsats for professionalisering og organisationsudvikling af praksisdriften, herunder af administrative opgaver og ledelse i praksis.

At indsatsen forankres i regionernes kvalitetsorganisationer – evt. i samspil med de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg for almen praksis.

At organisationsudviklingsindsatsen gives en central platform, der skal sikre:

- **Opbygning og koordinering af tværfaglige vidensmiljøer og netværk på området.**
- **Koordinering af videreudviklingen af kvalificerede metoder til organisatorisk ud-**

vikling af praksis, herunder: *Praksis Matrix, Praksisdriftkonsulentordninger/Center for Praksisudvikling og Projekt om brug af praksismanager i dansk kontekst.*

At efteruddannelsesindsatsen for praktiserende læger opprioriterer organisatoriske emner, herunder etablering af tilbud om lederuddannelse for praktiserende læger.

At der etableres formaliserede uddannelses-tilbud for praksispersonale, der også omfatter organisatoriske/administrative færdigheder.

At organisatoriske redskaber fra andre professioner nyttiggøres til praksis. I forbindelse med indsatsen for organisatorisk udvikling og professionalisering af almen praksis trækkes på viden fra f. eks. erhvervslivet og faglige miljøer med kompetencer inden for ledelses- og organisationsudvikling.

At organisationsudviklingsindsatsen i den enkelte praksis dokumenteres og understøttes af grundlæggende organisatoriske standarder/indikatorer og knyttes til den danske kvalitetsmodel.

Investering i almen praksis

De fysiske rammer udgør en afgørende barriere for organisatorisk udvikling af almen praksis. Det anbefales derfor, at regionerne i samarbejde med relevante parter iværksætter en satsning på etablering af store lægeklinikker. Store lægeklinikker skal give almen praksis de rammer, som er nødvendige for, at praksis kan leve op til rollen som nøglespiller i fremtidens sundhedsvæsen.

En satsning på store, moderne lægeklinikker skal understøtte almen praksis som et sundhedsfagligt tilbud i nærområdet, samtidig med at de skal sikre et højt fagligt niveau, høj kvalitet og god service i almen praksis. Derudover er store klinikker en forudsætning for at kunne rekruttere og fastholde praktiserende læger i alle dele af Danmark, hvilket vil være en særlig udfordring i de kommende år på grund af den stigende lægemangel. Endelig er større lægeklinikker en forudsætning for at øge brugen af specialiseret personale markant, samtidig med at større praksis giver bedre muligheder for at investere i moderne apparatur.

Det anbefales derfor, at regionerne i samarbejde med relevante parter udarbejder en samlet plan for investering i de fysiske rammer for almen praksis. Planen skal sikre strategisk udvikling af almen praksis' organisering som integreret del af en samlet vision for almen praksis. Det understreges, at investeringsbehovet har et omfang, der gør det nødvendigt, at der tilføres en ekstra økonomisk ramme til investering i almen praksis.

Investering i fysiske rammer for almen praksis

Regionerne finder det nødvendigt, at der investeres i fysiske rammer for etablering af store (almen) lægeklinikker.

I samarbejde med relevante parter - herunder kommunerne - vil regionerne udarbejde en investeringsplan for almen praksis. Det forudsættes, at der tilføres ekstraordinære midler til implementering af investeringsplanen.

Derfor anbefales det:

At den regionale praksisplanlægning omfatter stillingtagen til, hvordan de regionale investeringer i lægeklinikker skal udformes, og hvor klinikkerne skal placeres. Der udarbejdes en handleplan, der revideres løbende.

At lægeklinikkerne placeres der, hvor behovet er størst under hensyntagen til forhold som rekruttering, fastholdelse, behov for kvalitativ udvikling af almen praksis i regionen, arbejdsmængde, den øvrige lægedækning, og behov for sundhedstilbud affødt af den regionale sygehusstruktur.

At lægeklinikker etableres i tæt dialog med lokalområdets læger og kommunerne. Læge-

klinikkerne placeres gerne sammen med kommunale sundhedstilbud.

At praksis tilbydes konsulentbistand i forbindelse med etablering af større lægeklinikker.

Konsulentbistanden kan vedrøre:

- **Praktiske forhold** vedrørende udvidelse af almen praksis, herunder f. eks. rådgivning vedrørende styring af byggeprocesser, økonomisk rådgivning, projektledelse.

- **Organisatoriske, kulturelle og psykologiske** processer og barrierer i forbindelse med overgangen fra mindre praksis til en ny, større organisatorisk enhed.

At lokalerne omfatter selvstændige lokaler til praksispersonale, læger under uddannelse samt laboratoriefaciliteter tillige med handicapvenlige forhold samt lokaler til andre sundhedsprofessionelle (f. eks. speciallæger, fysioterapeuter, jordemødre mv.).

At lokalerne udlejes til praktiserende læger på markedsvilkår.

Barrierer for organisatorisk udvikling af almen praksis

Der er en række barrierer for organisatorisk udvikling af almen praksis – både lovgivningsmæssige, overenskomstmæssige og kulturelle barrierer samt barrierer i forhold til samarbejdet med kommunerne.

Det anbefales at fjerne eventuel tvivl om de lovmæssige rammer for regionernes engagement i at sikre en bæredygtig struktur i almen praksis – også på den bygningsmæssige side. Først og fremmest bør sundhedsloven tydeliggøres, således at det klart fremgår, at regionerne har lov til at indgå i arbejdet med udvikling af lægeklinikker. Endvidere bør skattemæssige hindringer for lægers investering i praksislokaler fjernes.

Derudover skal en ny overenskomstmæssig aftale understøtte en hensigtsmæssig udvikling af organiseringen af almen praksis. Blandt andet anbefales det at ændre normtalskonstruktionen, således at de praktiserende læger kan forpligtes til at passe et højere antal patienter. Samtidig anbefales det, at de nuværende kilometergrænser ophæves, og at den regionale praksisplanlægning i stedet skal sikre et tilgængeligt tilbud til patienterne – f. eks. vha. en fleksibel, regionalt fastsat kilometergrænse og etablering af satellitpraksis.

Udover at bevare den traditionelle praksiskonstruktion, hvor lægen er selvstændigt erhvervsdrivende, anbefales det at udvikle nye organisationsformer, der gør det muligt at rekruttere og fastholde praktiserende læger over hele landet. Der skal således gives mulighed for, at praktiserende læger også kan være fastansat i praksis, således at praksis kan bestå af en kombination af lægelige ejere, ansatte almenmedicinske speciallæger samt praksispersonale og læger under uddannelse. Desuden anbefales det at begrænse de praktiserende lægers mulighed for at indgå delepraksis.

Yderligere lægges der vægt på at inddrage kommunerne som samarbejdspartner, idet kommunerne dels har en interesse i at sikre lægebetjening til kommunens borgere, dels har muligheder for at fremme etableringen af lægeklinikker ved bl.a. at lempes lokalplaner og stille kommunale grunde og lokaler til rådighed for lægepraksis.

Endelig kan der være psykologiske og kulturelle barrierer for lægers deltagelse i flerlægepraksis. Det gælder både forbehold over for at skulle tilpasse sig i et større praksisfællesskab og det forhold, at det kan være en både besværlig og stor beslutning at flytte praksis. Derfor anbefales det, at regionale praksisudviklingskonsulenter bistår lægerne i processen med etablering af store lægeklinikker – mht. udfordringer af både psykologisk/kulturel og af mere praktisk karakter.