Praksisplan 2014-2017

Almen praksis i samarbejde med det regionale og kommunale sundhedsvæsen

Udarbejdet af Praksisplanudvalget, 2. udgave

REGION NORDJYLLAND

I gode hænder hos
REGION NORDJYLLAND

Primær Sundhed
Almen praksis
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
www.rn.dk
Tlf. 9764 8309
ht@rn.dk

Version: 10. april 2014

REGION NORDJYLLAND

I gode hænder hos
REGION NORDJYLLAND

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Indledning 5

Baggrund 5
Tidsplan 5
Praksisplanudvalget 5
Høring 6
Lovgrundlag mv. 7

Kapitel 2: Planens emner og opbygning 9

Planens emner og opbygning 9
Kort om de enkelte kapitler 9
Borgernes perspektiver 10
Datagrundlag 10

Kapitel 3: Lægedækning og tilgængelighed 13

Analyse og planlægning af lægedækning 13
- Den aktuelle lægedækning 14
- Kommunale sammenligninger 15
- Opsamling på analysen af lægedækning i Region Nordjylland 25
- Yderligere indsatser omkring planlægning af lægedækningen 26

Indsatser til øget kapacitet i almen praksis – rekruttering og fastholdelse 27
- Udvikling, organisering og optimering af almen praksis 28
- Yderligere indsatser omkring kapacitet og rekrutteringen til almen praksis 31

Tilgængelighed i almen praksis 32
- Tilgængelighed for borgere 32
- Tilgængelighed for andre sektorer 33
- Yderligere indsatser omkring tilgængelighed i almen praksis 34

Kapitel 4: Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen 35

Sammenhæng mellem almen praksis og det regionale sundhedsvæsen 35
Planlægning af det regionale sundhedsvæsen 37
Særlige indsatser og målgrupper 37
- Akutområdet 38

Kvalitetsarbejde og patientsikkerhed i almen praksis 39

Yderligere indsatser omkring almen praksis' rolle og opgaver i det regionale sundhedsvæsen 41

Kapitel 5: Almen praksis' rolle og opgaver i det tværsektorielle samarbejde - sundhedsaftaler 42

Sundhedsaftaler 42
Gældende sundhedsaftaler 43
Frivillige sundhedsaftaler - Den nordjyske Kronikermodel 43
Underliggende aftaler (§ 2 aftaler) 44
Sundhedsaftalen 2015 - 2018 44
Yderligere indsatser omkring almen praksis' rolle og opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde 46

Kapitel 6: Opsamling - yderligere indsatser i planperioden 48

Opsamling 48
- Planlægning af lægedækningen 48
- Kapacitet og rekruttering 48
- Tilgængelighed 48
- Almen praksis' rolle og opgaver i det regionale sundhedsvæsen 48
- Almen praksis' rolle og opgaver i det tværsektorielle samarbejde - sundhedsaftaler 48

Bilagsoversigt 53

Kapitel 1: Indledning

Baggrund

Ifølge lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, skal der i hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der i hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis området. Praksisplanen udgør en del af regionens sundhedsplan.

Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og praktiserende læger. Tanken er, at praksisplanen skal understøtte almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.

De politiske visioner for almen praksisområdet vil blive formuleret i planperioden og vil have en tæt sammenhæng med indsatserne i praksisplanen. Nærværende praksisplan er derfor udformet som en rammeplan, der angiver hvilke yderligere indsatser, der skal arbejdes videre med i planperioden.

Der foreligger en **opsamling** i det afsluttende kapitel 6.

Tidsplan

Praksisplanen udarbejdes af praksisplanudvalget minimum én gang i hver valgperiode. Dette er den første praksisplan efter den nye lovgivning. Planen skal foreligge den 1. maj 2014 og være gældende i perioden 2014 – 2017. Der kan der i løbet af planperioden opstå nye situationer omkring udviklingen af almen praksis, som indebærer en ændring eller udvidelse af praksisplanen.

Praksisplanudvalget

Praksisplanudvalget består af fem medlemmer udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, tre medlemmer fra Regionsrådet og tre medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger.

Praksisplanudvalget i Region Nordjylland består af følgende medlemmer:

- Pernille Buhelt, regionsrådsmedlem (formand)
- Lene Linneman, regionsrådsmedlem
- Gunhild Olesen Møller, regionsrådsmedlem
- Mads Duedahl, rådmand

- Jørgen Christensen, kommunalbestyrelsesmedlem
- Henning Sørensen, kommunalbestyrelsesmedlem
- Birgit Hansen, borgmester
- Viggo Vangsgaard, kommunalbestyrelsesmedlem
- Annemette Knudsen Alstrup, PLO Nordjylland
- Karen Margrethe Bjerre, PLO Nordjylland
- Vivi Jørgensen, PLO Nordjylland

Herudover deltager administrative repræsentanter fra Kommunekontaktrådet, PLO Nordjylland og Region Nordjylland.

Regionsrådet varetager formandskabet og sekretariatsbetjener udvalget. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning Regionsrådet. Dog skal parterne i de situationer, hvor det undtagelsesvist måtte vise sig, at der ikke kan opnås umiddelbar enighed om den endelige udformning af praksisplanen, udfolde store og vedvarende bestræbelser på at nå frem til et kompromis, som parterne hver især kan stå inde for.

Praksisplanudvalget er et stående udvalg, der er ansvarlig for udarbejdelse og revidering af praksisplanen, og udvalget skal forestå det kommende arbejde med de aftalte indsatser i planperioden.

Det har først været muligt at nedsætte praksisplanudvalget ultimo januar 2014 på grund af konstitueringen i kommuner og region.

På baggrund af den stramme tidsplan har der været nedsat en administrativ gruppe med repræsentanter fra region, kommuner og PLO Nordjylland, der har forestået den indledende høringsproces og udarbejdet oplæg til praksisplanudvalget.

Høring

Forud for udarbejdelse af praksisplanen er der sket en høring blandt kommunerne i regionen og en høring blandt de lægepraksis i regionen, der har ydernummer. Formålet med høringen har været at få relevante forslag fra almen praksis og kommuner til indholdet af den kommende praksisplan, herunder viden om særlige udfordringer som bør håndteres.

Kommunernes høringssvar er primært funderet omkring det tværsektorielle samarbejde, og vil naturligt blive indarbejdet i processen omkring arbejdet med sundhedsaftaler.

Høringen af de praktiserende læger var udformet som et spørgeskema med både åbne og lukkede spørgsmål.

Resultaterne fra den del af spørgeskemaundersøgelsen, der vedrører lægedækning og tilgængelighed er behandlet i kapitel 3. Der er som bilag vedlagt en opsamling på både de åbne og de lukkede spørgsmål.

Inden vedtagelsen af praksisplanen skal der ifølge lovgivningen ske en høring af følgende parter:

- Patientinddragelsesudvalget (nuværende Sundhedsbrugerråd)
- Sundhedskoordinationsudvalget

Udkast til praksisplanen blev sendt i høring den 12. februar 2014 med høringsfrist den 24. marts 2014 til følgende høringsparter:

- Sundhedskoordinationsudvalget i Region Nordjylland
- Sundhedsbrugerrådet i Region Nordjylland
- PLO-Nordjylland
- Kommunerne i Region Nordjylland, herunder de kommunalt-lægelige udvalg
- Kommunekontaktrådet Nordjylland
- Samarbejdsudvalg for Almen Læger i Region Nordjylland

Oplægget til praksisplan er endvidere sendt til Sundhedsstyrelsen med henblik på rådgivning.

Praksisplanen skal endeligt godkendes i regionsrådet.

Patientinddragelsesudvalget og sundhedskoordinationsudvalget vil endvidere blive involveret i processerne omkring de indsatser, der skal arbejdes videre med i planperioden

Patientinddragelsesudvalget forventes nedsat forår 2014 og er et nyt udvalg, som skal nedsættes i alle regioner i henhold til ændringen af sundhedsloven. Udvalget vil have en central rolle, idet det er vigtigt, at borgernes og pårørendes perspektiver inddrages i udviklingen af sundhedsvæsenet.

Sundhedskoordinationsudvalgets rolle vil være at sikre sammenhæng til sundhedsaftalerne, den regionale sundhedsplan og det øvrige koordinerende arbejde på tværs af kommuner, regioner og praksissektor.

Resultaterne fra høringen vil indgå som en central del i det videre arbejde med praksisplanen. De høringsbidrag, der er indkommet til praksisplanen i relation til sundhedsaftalen, vil blive videreformidlet til sundhedsaftalearbejdet.

Lovgrundlag mv.

Følgende lovgrundlag mv. lægger til grund for praksisplanen.

- Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis, af 19. marts 2014
- Lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet
- Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, Sundhedsstyrelsen 20. december 2013

- Bekendtgørelse nr. 1569 af 16/12 2013 og Vejledning nr. 9005 af 20/12 2013 om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler
- Overenskomst om almen praksis, april 2011
- Aftale om almen praksis, af 1. marts 2014

Kapitel 2: Planens emner og opbygning

Planens emner og opbygning

Ifølge vejledning fra Sundhedsstyrelsen (af 20. dec. 2013) har praksisplanen til formål at beskrive følgende emner, som hører under praksisplanudvalgets kompetence:

- Lægedækning og tilgængelighed
- Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde
- Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen (sundhedsaftaler)

I den indledende høring af almen praksis (spørgeskemaundersøgelse) og kommunerne har input til disse emner derfor været i fokus.

På grund af den stramme tidsplan er det vigtigt at påpege, at dette oplæg til praksisplan er udarbejdet som en rammeplan, der angiver hvilke indsatser, der skal arbejdes videre med i planperioden. En del af høringssvarene vil dermed først blive udfoldet, når det videre arbejde er i proces. Dette gælder i særlig grad indsatserne omkring sammenhængen med sundhedsaftalerne (kap. 5).

Praksisplanen skal dermed fungere som et dynamisk arbejdsredskab for planlægningen omkring almen praksis. Derfor er der under hvert emne beskrevet en række yderligere indsatser, som praksisplanudvalget vil arbejde med i planperioden.

Praksisplanen har fokus på området vedrørende lægedækning og tilgængelighed. Et væsentligt formål med praksisplanen er at sikre, at der er tilstrækkelig lægekapacitet i hele regionen. Nordjylland er udfordret på lægedækningen i visse egne af regionen, og det er derfor centralt, at planlægningsgrundlaget på dette område er på plads.

Kort om de enkelte kapitler

Kapitel 3 om lægedækning og tilgængelighed indeholder en beskrivelse af den aktuelle lægekapacitet, en analyse af den fremtidige kapacitet på baggrund af høringssvar fra almen praksis, et afsnit omkring rekruttering og fastholdelse samt et afsnit om tilgængelighed. Afslutningsvist beskrives de yderligere indsatser, som praksisplansudvalget igangsætter efterfølgende.

Kapitlet er detaljeret beskrevet på det tekniske plan og giver konkrete anvisninger til de kommende indsatser.

Kapitel 4 beskriver almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen i forhold til relevante patientgrupper og indsatser. Et væsentligt element heri er at sikre sammenhæng til de

øvrige planer for det samlede regionale sundhedsvæsen. Det er centralt, hvordan der arbejdes videre med at sikre, at regionen understøtter almen praksis i deres opgavevaretagelse.

I kapitlet indgår der overvejelser omkring kvalitetssikring og –udvikling af almen praksis, specielt omkring planlægningen af implementering og opfølgning på de opgaver, der indgår i praksisplanen.

Kapitlet er beskrevet som en rammeplan og vil have tæt sammenhæng til udarbejdelsen af det øvrige plangrundlag for regionens sundhedsvæsen. Der lægges derfor op til en proces med involvering af de berørte parter i et tæt samarbejde med praksisplanudvalget, hvor der arbejdes videre med indsatserne i planperioden.

Kapitel 5 om almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde er ligeledes beskrevet som en rammeplan, hvor der arbejdes videre med indsatserne i planperioden. Praksisplanen skal understøtte implementeringen af de kommende sundhedsaftaler, og praksisplanen vil derfor blive udvidet, når de foreligger.

Kapitel 6 samler op på de indsatser, praksisplanudvalget skal arbejde videre med i planperioden, ligesom der beskrives en tidsplan for, hvornår i perioden de enkelte indsatser planlægges igangsat.

Borgernes perspektiver

Det indtænkes som noget centralt, at borgerne inddrages i udviklingen af sundhedsvæsenet. For borgerne er det afgørende, at hele sundhedsvæsenet spiller godt sammen, og borgerne er i sagens natur den væsentligste kilde til at få informationer om, hvordan sundhedsvæsenet opleves fra borgerens perspektiv.

Planen skal understøtte det tværsektorielle samarbejde i de borgernære sundhedstilbud, herunder at de involverede sektorer og borgere samarbejder om sundhed og behandling.

Det vil derfor være et gennemgående element, at der i planperioden arbejdes med en systematisk inddragelse af borgernes perspektiver i de tiltag, der omfattes af praksisplanen.

Datagrundlag

Der er anvendt følgende datagrundlag ved udarbejdelse af praksisplan 2014-2017:

Kommunernes høringssvar af 17. januar 2014
"De nordjyske kommuners svar på høring i forbindelse med udarbejdelse af praksisplan vedrørende almen praksis"

Høringssvarene indeholder en række konkrete forslag til indsatser, som i relevant omfang er medtaget i praksisplanen. Indsatserne omkring almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen vil blive medtaget i forbindelse med udarbejdelse af de kommende sundhedsaftaler.

Praktiserende lægers høringssvar
Spørgeskemaundersøgelse (benævnt "survey") indsamlet fra 14. til 21. januar 2014 blandt de praktiserende læger i regionen. Spørgeskemaet omfatter dels spørgsmål til den enkelte læge og dels spørgsmål vedrørende praksis.

Lægedækningsberegning (også benævnt "kapacitetsundersøgelse")
Der er i efteråret 2013 gennemført en høring af regionens lægepraksis i et samarbejde mellem PLO Nordjylland og regionen. Dette er et krav i henhold til overenskomsten, idet der hvert år inden udgangen af december skal træffes beslutning om, hvor mange lægekapaciteter, der ønskes nedsat i regionen pr. 1. april det følgende år.

Formålet med undersøgelsen er at sikre, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge.

Lægedækningsberegningen omhandler det antal sikrede, som hver praksis ønsker tilknyttet, og den indgår i praksisplanen i en revideret udgave, hvor svarene fra de praksis, der er fungerende pr. 1. januar 2014 indgår, imens nye praksis antages at ønske det antal sikrede, som de dækker pr. 1. januar 2014.

Sundhedsatlas
Som et led i Sundhedsplanen for 2012 har Region Nordjylland udviklet redskabet Sundhedsatlas. Sundhedsatlas er et interaktivt kort, hvor der findes informationer om blandt andet nordjyders forbrug af sundhedsydelser og om forekomsten af udvalgte kroniske sygdomme i Nordjylland.

Formålet med sundhedsatlas er at dele data om borgernes forbrug af sundhedsvæsenet med kommuner og andre sundhedsinteresseret, og herigennem kunne medvirke til at udvikle og forbedre det nordjyske sundhedsvæsen.

Sundhedsatlas kan findes på regionens hjemmeside via www.sundhedsatlas.rn.dk

CSC – Notus Regional
Regionens program Notus Regional indeholder objektive data om læger og praksis, som er hentet fra CSC's database via programmet.

CSC – Targit
Regionens program Targit indeholder data vedrørende almen praksis' antal ydelser, som er hentet fra CSC's database via programmet.

Danmarks Statistik

Objektive data om befolkningen er hentet fra dst.dk via Databanken. Der er dels indhentet oplysninger om det nuværende antal borgere i region/kommuner, og dels benyttet Danmarks Statistiks beregninger på befolkningsudviklingen.

Kapitel 3: Lægedækning og tilgængelighed

Regionen har det overordnede ansvar for at sikre lægedækning til alle borgere i regionen. Praksisplanen skal udmønte grundlaget herfor, og i dette kapitel behandles både den aktuelle lægedækning og planlægningen af den fremtidige lægedækning, herunder rekrutteringsmæssige indsatser for at sikre lægedækning i hele regionen. Derudover behandles emnet tilgængelighed til almen praksis.

Som borger er det afgørende, at man er tilmeldt en almen praksis, som kan varetage ens behov for almen lægehjælp. Borgere kan have forskellige behov og ønsker til den hjælp de får afhængig af blandt andet deres sundhed og sociale udgangspunkt. I udviklingen af almen praksis er det vigtigt at inddrage borgernes ønsker til sektoren, således at flest muligt oplever, at almen praksis dækker deres behov både for behandling, men også i forhold til tilgængelig. Det vil understøtte, at alle borgere - også borgere med særlige behov - gør brug af det almene lægetilbud, når det er nødvendigt. Spørgsmålet om inddragelse af borgere behandles særligt under afsnittet om tilgængelighed.

Analyse og planlægning af lægedækning

Et af formålene med praksisplanen er at sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet i almen praksis i hele regionen. Derfor fokuserer nærværende afsnit på at identificere de områder, der enten er udfordrede, eller ser ud til at blive udfordrede, på lægekapaciteten. Analysen af den nuværende såvel som fremtidige situation er foretaget med udgangspunkt i det datamateriale, der er beskrevet i kapitel 2. Kombinationen af de forskellige data har den fordel, at lægedækningssituationen kan belyses fra forskellige synsvinkler.

Den årlige lægedækningsberegning er den, der mest præcist kan pege på, om der på kort sigt er en kapacitetsudfordring, idet lægerne her selv indrapporterer, hvor mange borgere (sikrede) de ønsker tilmeldt deres praksis. I det svar må antages, at lægerne har taget højde for alle de faktorer, som påvirker deres mulighed for at have flere eller færre borgere tilmeldt. Lægedækningsberegningen siger imidlertid ikke noget om det længere sigte, og om den nuværende praksis også i fremtiden vil kunne dække det givne område. Til at analysere dette bruges derfor registerdata og prognoser samt eksempelvis information om eventuelle planer for ophør fra den praktiserende læge.

Planlægningen af lægedækningen i regionen skal også tage højde for, at kapaciteten i almen praksis er geografisk fordelt i regionen. Til det formål er det hensigtsmæssigt at opdele regionen i et antal planlægningsenheder i form af praksisområder. I den nuværende praksisplan er praksisområderne identiske med kommunerne. Denne enhed er valgt, fordi kommuneniveauet også anvendes i forhold til planlægningen af sundhedstilbud på en række andre områder. Det giver således god mulighed for koordinering på tværs af sektorerne. Grundet kommunernes størrelse,

er det dog væsentligt, at man, særligt i forhold til lægedækningen, er opmærksom på kommunernes geografi og behovet for fordeling af kapaciteten inden for kommunen.

I praksisplanens første udgave foretages planlægningen på kommuneniveau, men det bliver et indsatsområde for praksisplansudvalget at udarbejde plangrundlag indenfor de enkelte kommuner.

Den aktuelle lægedækning

I de tidligere praksisplaner er der udarbejdet en vurdering af behovet for praktiserende læger samt en fastsættelse af antallet af ydernumre[1] og fordelingen af disse i regionen på praksisområderne. Dette er hvert år fulgt op af en status på situationen og en vurdering af behovet for justering af antallet af ydernumre og fordelingen af disse.

Det aktuelle antal ydernumre og fordelingen af disse er som vist i tabellen nedenfor.

Tabel 1 - Fordeling af ydernumre pr. 1. januar 2014

Kommune	Ledige	Disponerede	I brug	Kapaciteter i alt
Brønderslev	4	2	17	23
Frederikshavn	3	1	35	39
Hjørring	0	1	41	42
Jammerbugt	4	0	20	24
Læsø	0	0	2	2
Mariagerfjord	2	0	25	27
Morsø	5	0	8	13
Rebild	0	1	17	18
Thisted	1	1	26	28
Vesthimmerland	0	1	23	24
Aalborg	0	2	127	129
Region Nordjylland	**19**	**9**	**341**	**369**

Kilde: CSC.

Grundlaget for vurderingen af behovet for kapaciteter i regionen har i den seneste overenskomstperiode været den årlige lægedækningsberegning.

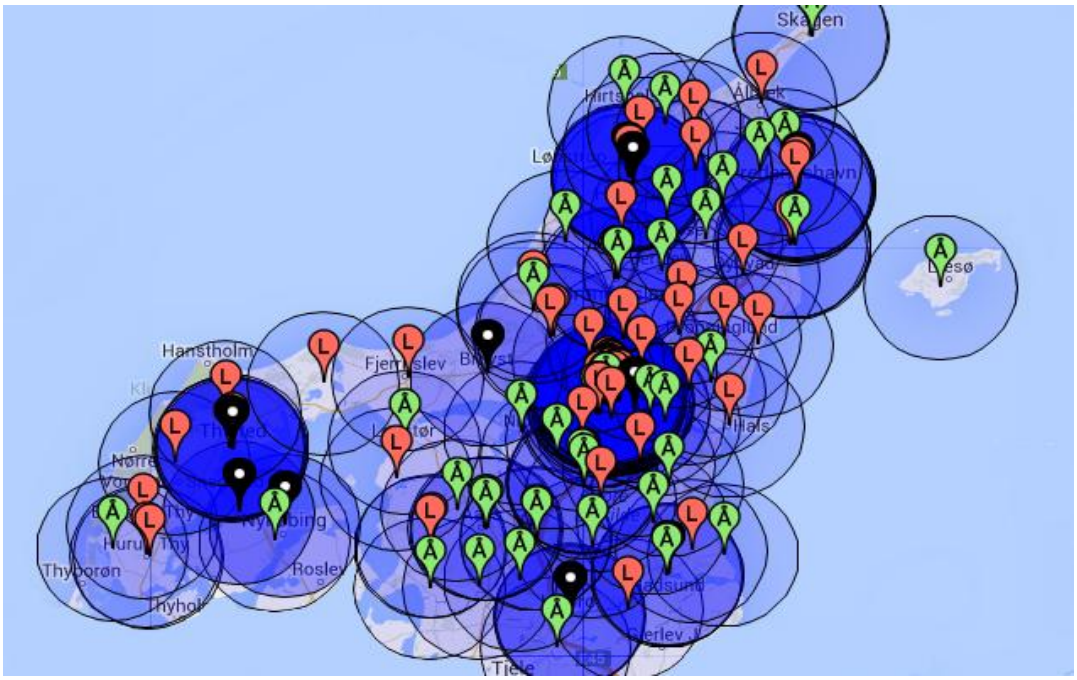
Den seneste lægedækningsberegning fra efteråret 2013 viser, at de praktiserende læger i regionen samlet set har et lille overskud på kapaciteten. Således meldte praksis ind med en nettoekstrakapacitet på 31.000 i forhold til antallet af sikrede borgere pr. 1. januar 2014.

Samtidig ses det ved nedenstående kort, at hele regionen er dækket ind af almen praksis, hvis der tages udgangspunkt i forudsætningen om, at der højst må være 15 kilometer til nærmeste læge og dermed ikke mere end 30 kilometer mellem to praksis.

[1] Et ydernummer er en tilladelse til at praktisere som almen læge under overenskomsten for almen praksis og dermed tilbyde borgere almen lægehjælp mod refusion fra regionen. Et ydernummer betegnes også som en kapacitet i lægedækningen.

Des mere mørkeblå radius-cirklerne er, des flere praksis er der om at dække området. En helt lyseblå radius-cirkel angiver derimod, at kun én enkelt praksis dækker området. Samtidig er der på kortet angivet om praksis er henholdsvis åben for tilmelding af borgere (grøn) eller lukket for tilmelding af borgere (rød), eller om der er flere praksis på samme adresse, hvor der ikke kan skelnes mellem åben eller lukket (sort).

Figur 1 - Oversigt over praksis i regionen med angivelse af 15 km's radius i fugleflugt samt åben/lukke-status



Grøn angiver at praksis er åben for tilgang, rød at praksis er lukket, og sort at der er flere ydernumre på adressen (opgjort pr. 1. januar 2014). Kilde: CSC.

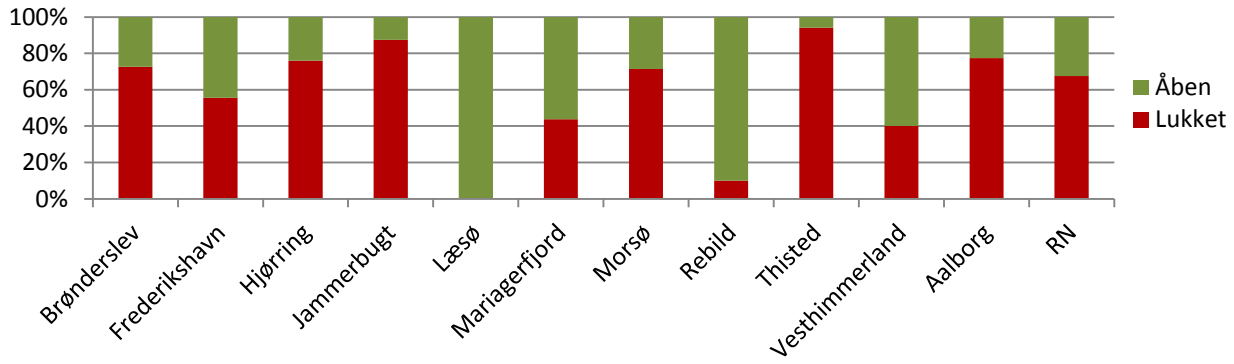
Kortet viser således også, at nogle områder er tyndere besat af praksis, og flere sammenhængende angivelser af lukkestatus kan indikere, at visse områder også er pressede på kapaciteten.

Kommunale sammenligninger

I det følgende analyseres lægedækningen på kommunalt niveau, svarende til planlægningsenhederne i denne praksisplan. Formålet er at få et overblik over variationer i befolkningens, lægernes og praksis' karakteristika, som der bør tages højde for i vurderingen af, hvorledes den enkelte kommune er udfordret på lægekapaciteten.

Som det ses på kortet ovenfor (Figur 1) er der områder, hvor flere praksis i samme område er lukkede for tilgang, hvilket kan indikere, at områderne er udfordrede. Nedenstående Figur 2 viser andelen af åbne og lukkede praksis i kommunerne.

Figur 2 - Andel praksis der er åbne/lukkede for tilgang, pr. 1. januar 2014



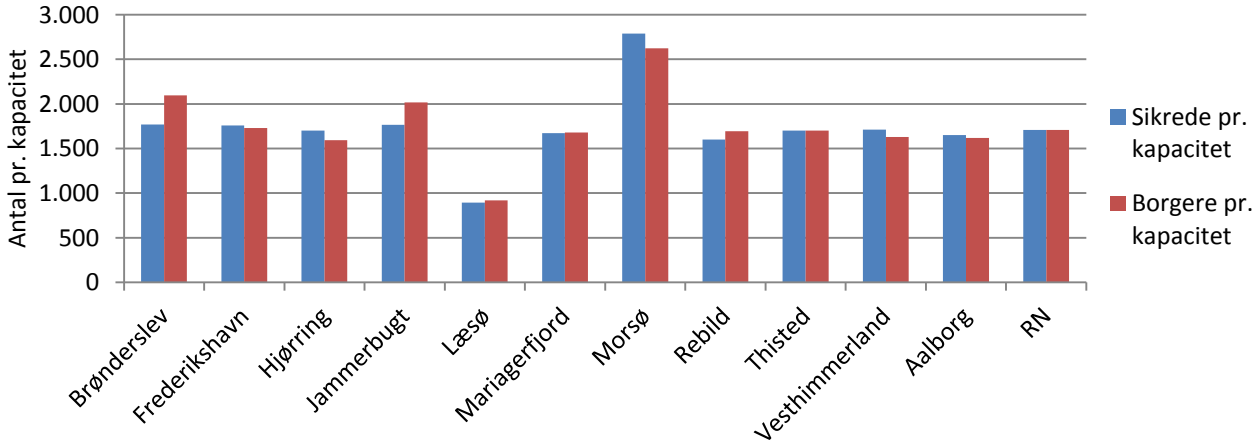
Kilde: CSC.

Opgørelsen over åbne og lukkede praksis viser, at 68 procent af praksis i regionen er lukkede for tilgang. Det dækker imidlertid over en stor varians på tværs af kommunerne, og værst ser det ud i Thisted Kommune, hvor kun én ud af 17 praksis er åben. Tilsvarende er der i Jammerbugt kun én ud af otte praksis i kommunen, der er åben.

Antal sikrede og borgere i forhold til kapacitet

For at se om der er kommunale forskelle på, hvor mange sikrede[2] lægerne har tilmeldt deres praksis, er der i Figur 3 set på antallet af sikrede pr. kapacitet. Det ses i figurens blå søjler, at fordelingen er relativ stabil på tværs af kommunerne og ligger på omkring 1.700 sikrede pr. kapacitet – dog med Læsø og Morsø som de to yderpunkter. Der ser således ikke ud til at være en sammenhæng mellem den store varians i åben- og lukkestatus vist i Figur 2 og antallet af sikrede tilmeldt pr. kapacitet.

Figur 3 - Sikrede og borgere pr. kapacitet



Antal sikrede er opgjort pr. 1. januar 2014, imens antal borgere er fra 1. oktober 2013. Kilde: CSC og Danmarks Statistik.

[2] Betegnelsen 'sikret' dækker over borgere med status som gruppe 1 sikret, dvs. tilmeldt en almen praksis, som er den mest normale sikringsgruppe. En meget lille andel af befolkningen har valgt at være i sikringsgruppe 2, hvilket betyder, at de ikke er tilmeldt en bestemt lægepraksis. De kan derfor ikke medtages i opgørelserne.

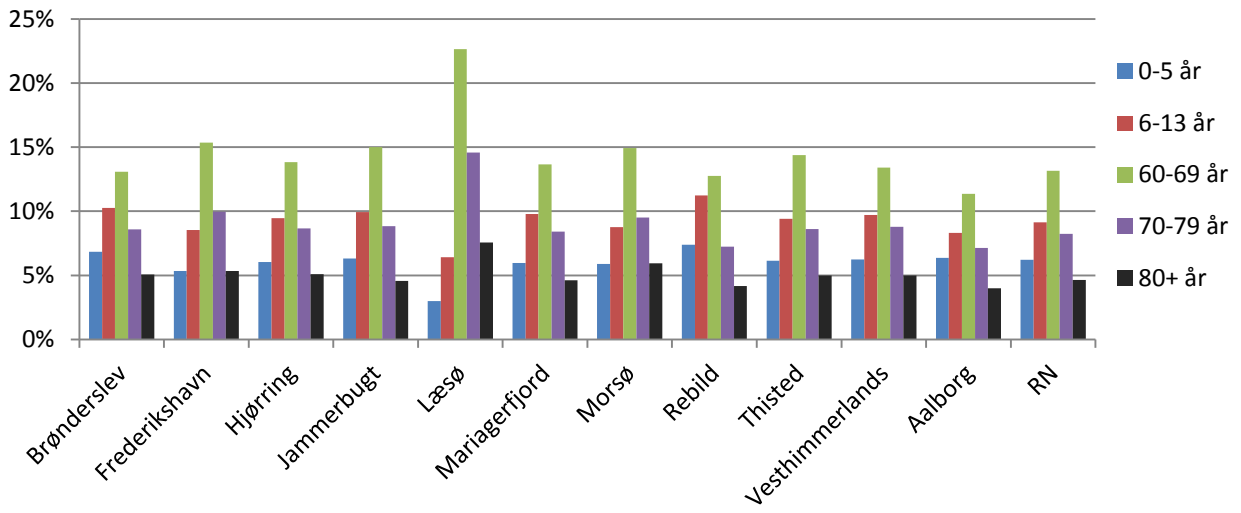
Foruden at vise 'sikrede tilmeldt pr. kapacitet' viser Figur 3 også 'borgere pr. kapacitet' (røde søjler). Imens førstnævnte altså viser, hvor mange sikrede, som hver kapacitet i kommunen har tilmeldt, viser den anden søjle, hvor mange borgere der er i kommunen i forhold til antallet af lægekapaciteter. En større difference mellem de to opgørelser kan være en indikation af, at der er en ulig fordeling af kapaciteter inden for kommunegrænsen i forhold til antallet af borgere. Kommunens lægepraksis er altså (måske) ikke tilstrækkelige til at sikre alle borgere lægedækning, hvorfor borgerne må søge dækning uden for kommunegrænsen. En usikkerhed i denne analyse er naturligvis, at nogle borgere med fordel kan søge læge i nabokommunen, hvis lægepraksis her ligger tættere på borgerens bopæl.

Opgørelsen på borgere pr. kapacitet viser, at der i Brønderslev og Jammerbugt er et større underskud af kapacitet ud fra modellens forudsætning. Begge kommuner har da også, jf. Figur 2, en stor andel lukkede praksis (hhv. 73 og 88 procent). De mindre forskelle på kapacitetsniveauerne i de andre kommuner skal tolkes varsomt, da de dels kan tænkes at kunne forklares ved føromtalte usikkerhed, men også ved forskelle i dataenes indsamlingstidspunkt.

Borgerkarakteristika

For at se på, om der er større forskelle i befolkningen (populationen) på tværs af kommunerne, er der i Figur 4 set på andelen af udvalgte aldersgrupper. Begrundelsen er, at hvis der i nogle kommuner er en væsentligt større andel af ældre, vil der kunne argumenteres for, at forholdet mellem antal sikrede og lægekapaciteter ikke er gennemsnitligt, men at der skal bruges flere ressourcer qua den mere sårbare population. Det samme kan til dels gælde børn, hvorfor denne gruppe også er medtaget.

Figur 4 - Udvalgte aldersgruppers andel af populationen



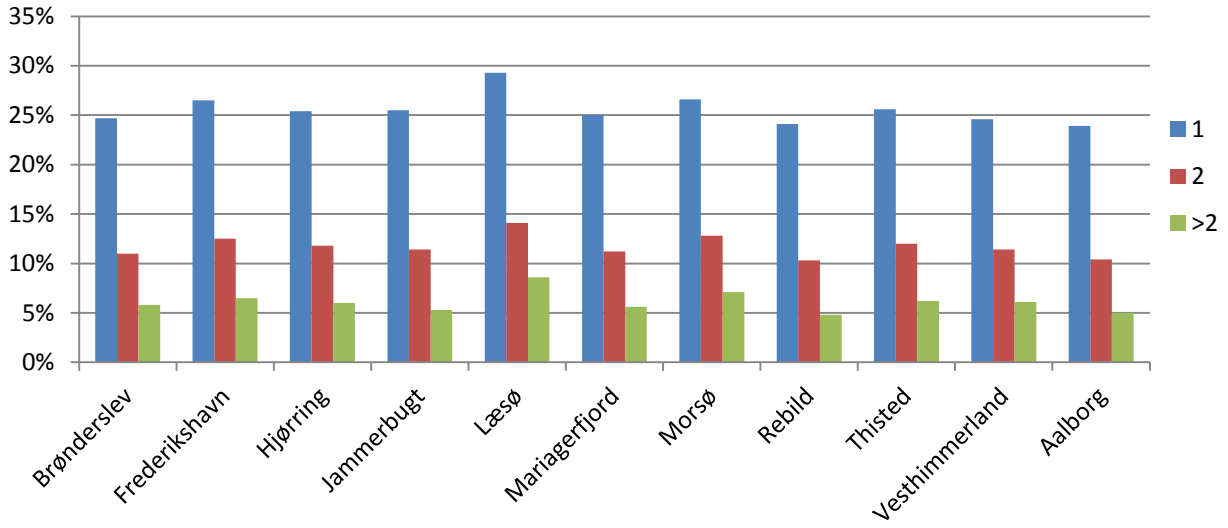
Kilde: Danmarks Statistik.

Af figuren ses det, at de fleste kommuner har en fordeling, der ligner regionsgennemsnittet, om end der er forskellige små variationer. Hvis der kigges på den samlede andel af borgere over 60 år, er Læsø igen et klar yderpunkt, idet knap halvdelen af indbyggerne er i denne gruppe, imens

regionsgennemsnittet er 26 procent. De resterende kommuner fordeler sig fra 23 procent (Aalborg) til 31 procent (Frederikshavn).

Foruden alder, er en anden vigtig borgerkarakteristika i forhold til ressourcebehovet, andelen af kronikere i kommunerne.

Figur 5 - Andel kronikere med én, to eller mere end to kroniske sygdomme i 2012



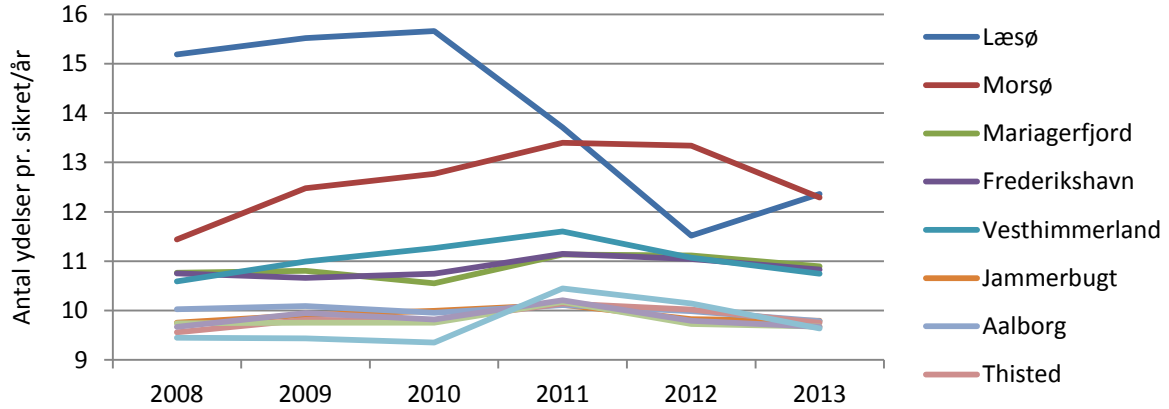
Kilde: Sundhedsatlas

I Figur 5 ses det, at særligt Læsø skiller sig ud. Her er andelen af kronikere på alle tre parametre væsentligt større end i de resterende kommuner. For de øvrige kommuner er der imidlertid ikke nogen væsentlige forskelle.

Arbejdsbyrde

Arbejdsbyrden kan, ligesom borgerkarakteristikaene, være en indikation af, om nogle kommuner er mere belastede end andre. Til arbejdsbyrden hører dels, og hovedsageligt, hvor mange ydelser lægerne producerer i (eller i forbindelse med) praksis, og dels det arbejde lægerne udfører i funktion af f.eks. konsulent eller underviser. I nedenstående Figur 6 ses ydelsesandelen for praksis i kommunerne for 2013 og fem år tilbage.

Figur 6 - Antal ydelser pr. sikret/år

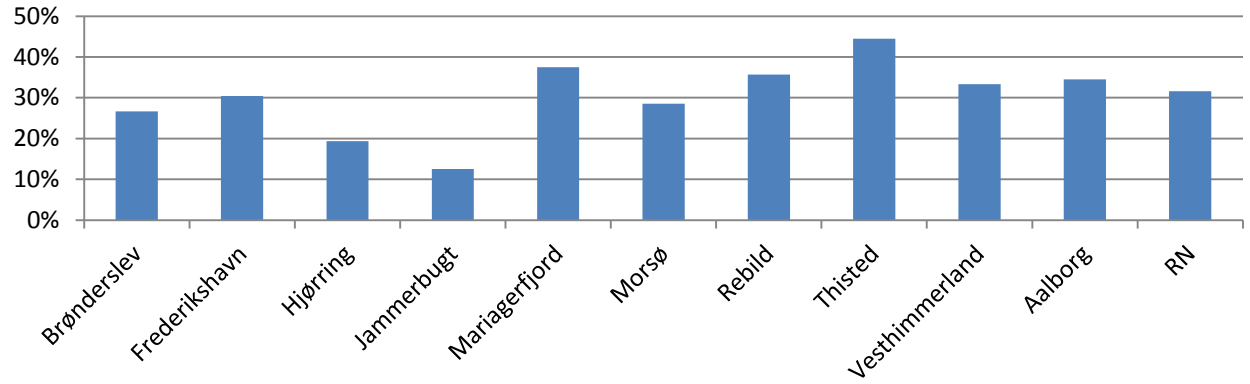


De medtagne ydelser er identiske med de ydelser, der indgik i forrige overenskomst bestemmer (§ 15). Kilde: CSC

Antallet af ydelser ses at være størst i Morsø og Læsø kommuner, imens de resterende er inddelt i to grupper med hhv. omkring 9 og 10 ydelser pr. sikret/år.

I Figur 7 ses andelen af læger, der arbejder ved siden af praksis. Det ses, at andelen er størst i Mariagerfjord og Thisted, imens den er mindst i Jammerbugt. Der skal dog tages det forbehold, at opgørelsen alene siger noget om de læger, der har svaret på spørgeskemaet, og det er dermed ikke givet, at andelene fordeles på samme vis for de resterende læger. Endvidere skal det påpeges, at tallet ikke siger noget om, hvor mange timer, de pågældende læger arbejder ved siden af praksis.

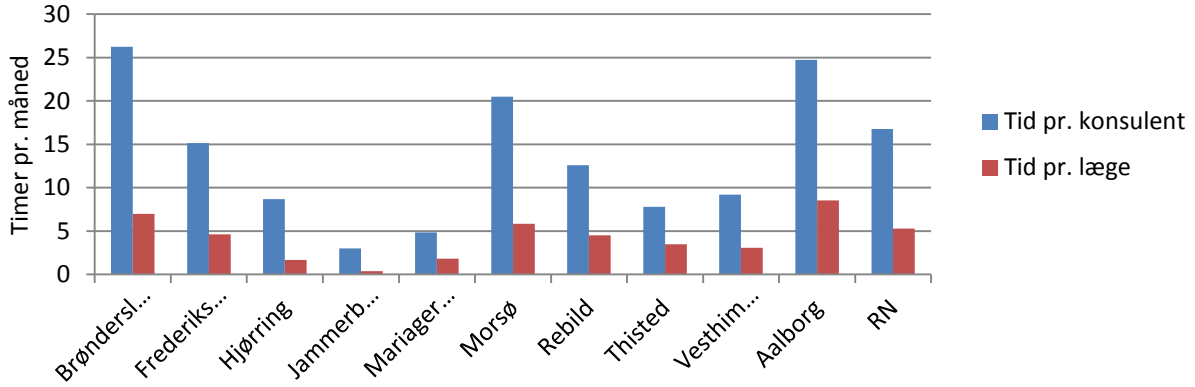
Figur 7 - Andel læger, der arbejder ved siden af praksis



Opgørelsen viser andelen af læger, der har svaret, at de arbejder ved siden at praksis, ift. det samlede antal besvarelser i kommunen. n = 231. Kilde: Survey

Det samme forbehold skal tages for Figur 8 herunder. Her er lægerne blevet spurgt til deres anslåede gennemsnitlige timeforbrug på arbejde ved siden af praksis.

Figur 8 – Månedligt timetal brugt på arbejde ved siden af praksis. Både delt på de, som har arbejde uden for praksis, og delt på alle læger



'Tid pr. konsulent' angiver det gennemsnitlige timetal, som de, der arbejder uden for praksis, bruger om måneden. 'Tid pr. læge' angiver det totale timetal divideret med antallet af læger, der har svaret på spørgsmålet (dvs. delt på både de, der arbejder, og de, der ikke gør). n = 73 (blå), n = 231 (rød). Kilde: Survey

Figuren viser, at lægerne i Brønderslev, Morsø og Aalborg bruger gennemsnitligt mest tid på arbejdet ved siden af praksis, hvad enten vi ser det i forhold til de enkelte læger, der arbejder ved siden af praksis (blå søjler), eller ser gennemsnitligt på tværs af alle læger, der har svaret på spørgeskemaet (røde søjler).

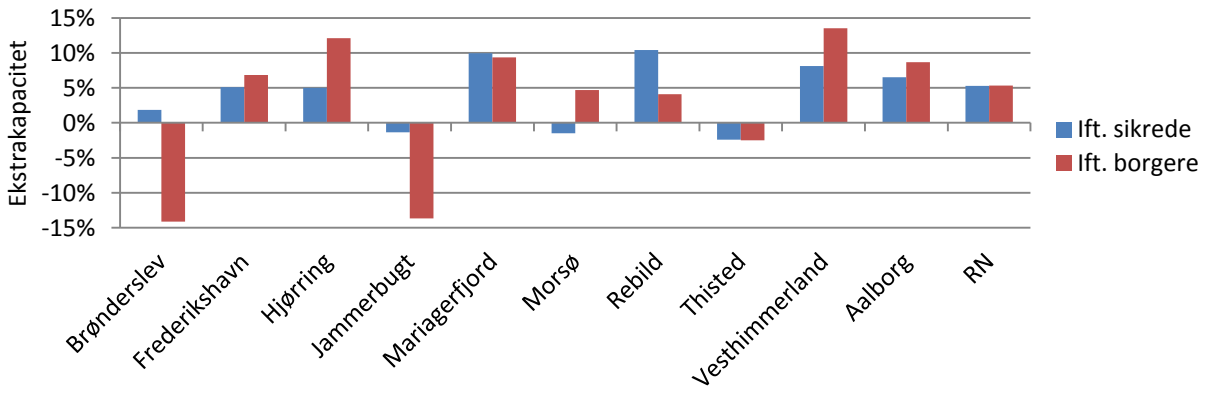
Ønsket antal sikrede

De hidtidige opgørelser har været en objektiv fremstilling af variationer mellem kommunerne på data, der forventes at have betydning for lægekapaciteten. Men den bedste indikation på, hvorvidt et område er udfordret på lægekapaciteten, er, jf. indledningen, det som lægerne selv indberetter. Det må i hvert fald være vurderingen, hvis det lægges til grund, at der i svaret fra lægerne er kalkuleret med alle forhold, som de mener, påvirker deres og områdets nuværende situation.

I den årlige lægedækningsberegning melder praksis hvert år i september/oktober ind med, hvor mange ekstra eller færre sikrede, de ønsker at have tilknyttet egen praksis. De seneste år kan der registreres en klart stigende tendens på regionalt plan med top i 2013-målingen, hvor praksis samlet havde et ønske om 31.000 ekstra sikrede i forhold til det aktuelle antal pr. 1. januar 2014 (svarende til 5,3 procent flere sikrede). Der er dog klare kommunale forskelle, som Figur 9 herunder viser.

Afhængig af, om der kigges på det ønskede antal sikrede i forhold til praksis' antal sikrede eller antallet af borgere i kommunen, er der forskellige kommuner, der har en negativ ekstrakapacitet.

Figur 9 - Indmeldt netto-ekstrakapacitet ift. antal sikrede og borgere i kommunen



Læsø er igen en stor outlier og er ikke medtaget af grafiske hensyn - ekstrakapaciteten er her hhv. 74 og 80 procent. N = 185. Kilde: Surveydata fra Lægedækningsberegning 2013 og registerdata fra CSC og Danmarks Statistik.

Værst er situationen umiddelbart i Brønderslev og Jammerbugt kommuner, hvor der, som det også blev vist i Figur 3, ser ud til at være en væsentlig andel borgere, der ikke er dækket ind af kommunens praksis. Det efterlader en negativ ekstrakapacitet på ca. 14 procent i begge kommuner. På trods af det har praksis i Brønderslev meldt ind med en lille positiv ekstrakapacitet, når det ses i forhold til deres nuværende antal sikrede. Det har praksis i Jammerbugt, Morsø og Thisted derimod ikke, og praksis ønsker altså her samlet set *færre* sikrede, end de har i den nuværende situation. For at se de konkrete antal henvises til bilag vedrørende Lægedækningsberegning 2013.

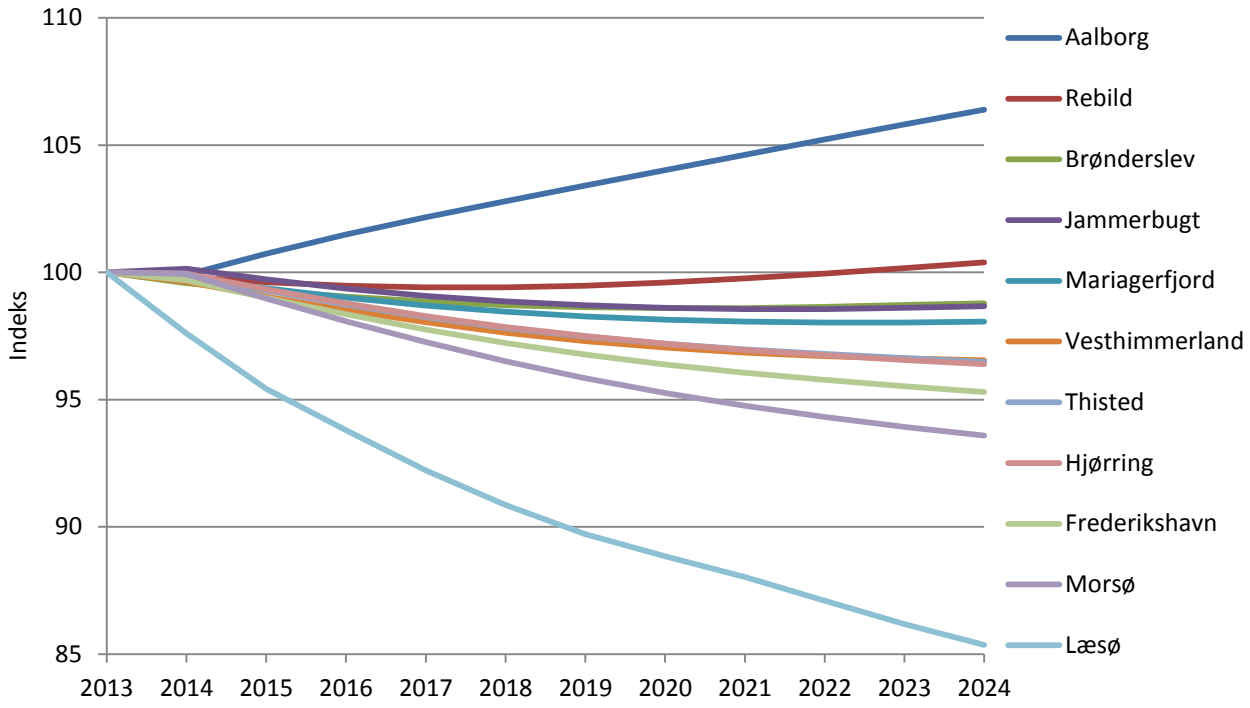
Prognoser

Imens det ovenstående har beskrevet den nuværende situation, spiller det også en væsentlig rolle, hvordan den fremtidige til- og fraflytning af både borgere og læger forventes at være.

For at se på, om der kan forventes vækst eller tilbagegang af indbyggere i regionens kommuner, benyttes Danmarks Statistiks opgørelser for befolkningsfremskrivning.

Det ses af Figur 10, hvor indeks100 er sat til befolkningstallet i 2013, at der kan forventes tilbagegang i indbyggertallet over de næste 10 år i alle kommuner på nær Rebild og Aalborg. Rebild er status quo, imens Aalborg kan forvente en vækst på 6,5 procent, eller godt 13.000 borgere[3].

Figur 10 - Befolkningsfremskrivning med 2013 som referenceår

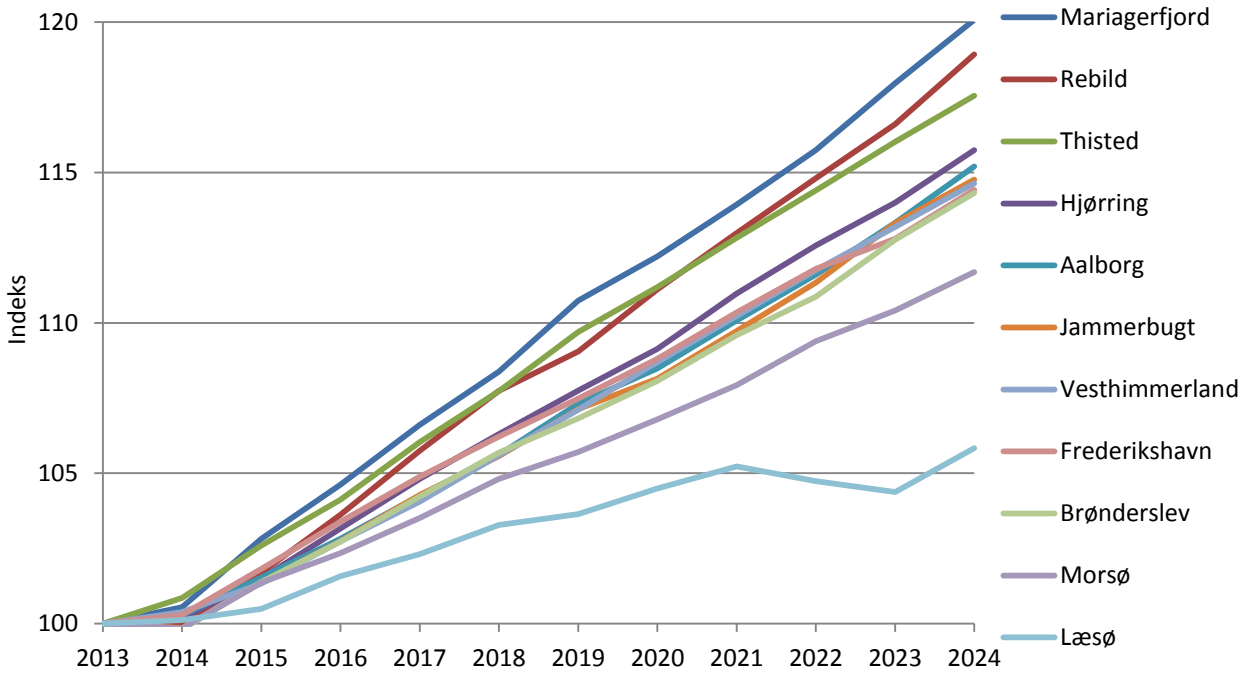


Kilde: Danmarks Statistik

Umiddelbart kan de fleste kommuner altså forvente, at det samlede pres på lægerne aftager i takt med de færre indbyggere og dermed sikrede. Med i den betragtning skal dog også Figur 11 nedenfor, hvor det ses, at selvom antallet af borgere falder, så stiger antallet af personer over 60 år i alle kommuner. Det kan forventes at øge arbejdsbyrden, og dermed fjerne (noget af) effekten af det faldende indbyggertal.

[3] I Lægedækningsberegningen 2013 meldte lægerne med postnr. 9000 ind med en netto-ekstrakapacitet på 2.500 sikrede. Lægerne med postnumrene 9200, 9210 og 9220 meldte ind med en netto-ekstrakapacitet på 6.000 sikrede. Lægerne i Aalborg og omegn ønsker altså for nuværende 8.500 ekstra sikrede.

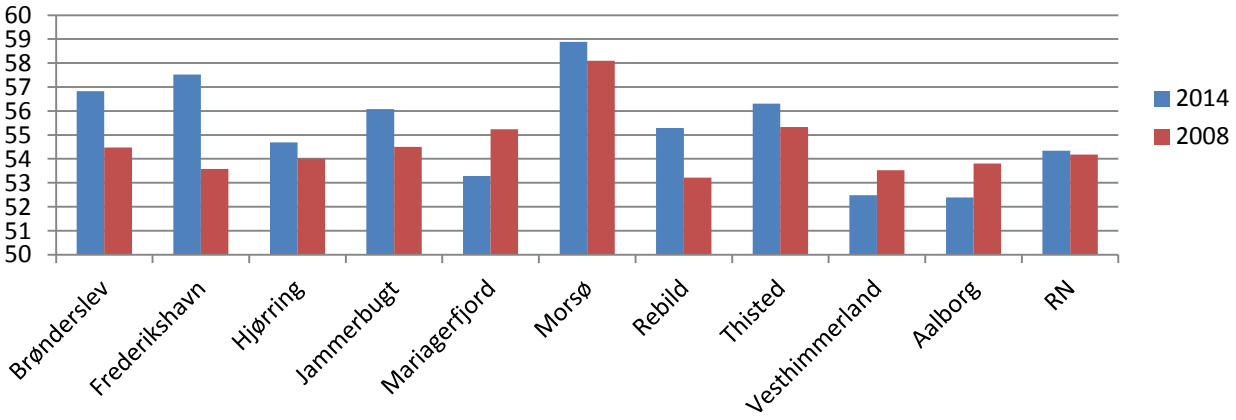
Figur 11 – Fremskrivning for antallet af 60+ årige med 2013 som referenceår



Kilde: Danmarks Statistik

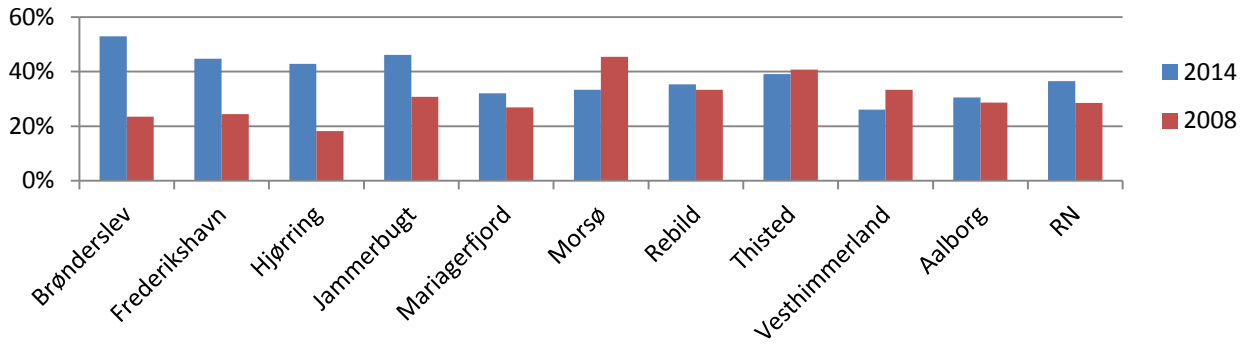
For at se på, hvad der kan forventes at ske med den besatte lægekapacitet i de kommende år, er der i det nedenstående set på den nuværende gennemsnitsalder samt andel af læger over 60 år. Ved at sammenligne med de samme tal for lægerne i 2008 kan der spores en tendens til, at andelen af læger over 60 år bliver større på regionalt plan (7 procentpoints forskel), om end gennemsnitsalderen kun er meget svagt stigende - lægerne er gennemsnitligt 2 måneder ældre pr. 1. januar 2014 sammenlignet med 2008.

Figur 12 - Lægernes gennemsnitsalder pr. 1. januar



Kilde: CSC.

Figur 13 - Andel 60+ årige læger pr. 1. januar



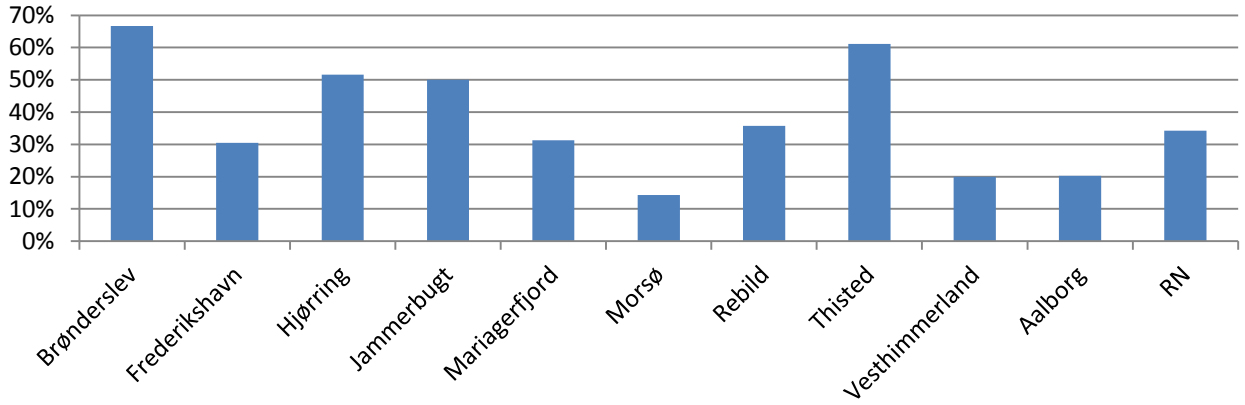
Kilde: CSC.

Bemærk at der i aldersopgørelserne er udeladt data for Læsø grundet det lave antal læger. Disse er dog regnet med i regionsgennemsnittet.

På kommunalt plan afslører de to opgørelser, at der i Brønderslev, Frederikshavn, Hjørring og Jammerbugt både er en stigende gennemsnitsalder og andel af læger over 60 år sammenlignet med 2008. Samtidig ses det, at værdierne ligeledes er forholdsvist høje, hvilket peger på, at der i disse kommuner, i de kommende år, kan forventes afgange blandt en stor del af lægestaben, og behovet for at tiltrække nye læger kan derfor være højt i disse kommuner.

Det er imidlertid svært alene på baggrund af alder at bestemme, hvornår lægerne ophører. Derfor er lægerne blevet spurgt til, om de har planer om at ophøre indenfor de næste 5 år. I alt 79 læger har svaret, at de har planer om at ophøre, og nedenstående Figur 14 viser den kommunale fordeling af svarene. De kommuner, der har den højeste andel af læger, som forventer at ophøre indenfor 5 år er Brønderslev, Hjørring, Jammerbugt og Thisted. De øvrige kommuner ligger under eller tæt på regionsgennemsnittet på 34 procent.

Figur 14 – Andel læger, der har planer om ophør inden for fem år

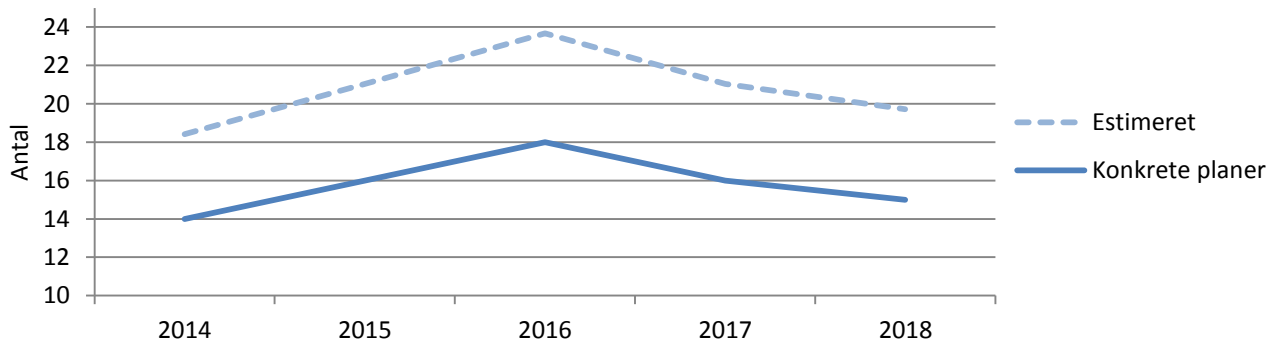


Figuren viser andelen af læger, der har svaret, at de har konkrete planer om at ophøre i praksis inden for fem år ift. det samlede antal besvarelser. n = 231. Kilde: Survey.

De 79, der har planer om ophør, er selvsagt kun de læger, der har svaret på spørgeskemaet, og derfor må antallet også forventes at være højere, idet en andel af de læger, der ikke har svaret, også må formodes at have planer om ophør. Hvis det antages, at lægerne, der *ikke* har svaret, har samme fordeling for planer om ophør, som lægerne der *har* svaret, da er den estimerede afgang af læger i de kommende år på ca. 100 læger i alt for regionen (for rimeligheden af den antagelse - se i øvrigt bilag vedrørende Opsamling på survey i forbindelse med Praksisplan 2014-2017).

I nedenstående Figur 15 er brugt samme tilgang til at forudsige antallet af læger, der vil ophøre i de kommende år. Den blå graf angiver lægernes svar i survey'en, imens den stiplede graf er et estimat for alle læger.

Figur 15 - Antal læger med planer om ophør i de kommende fem år på regionalt plan



n = 231. Kilde: Survey og udregning på baggrund af survey.

Det ses af figuren, at den største afgang kan forventes i 2016, hvorefter antallet er faldende.

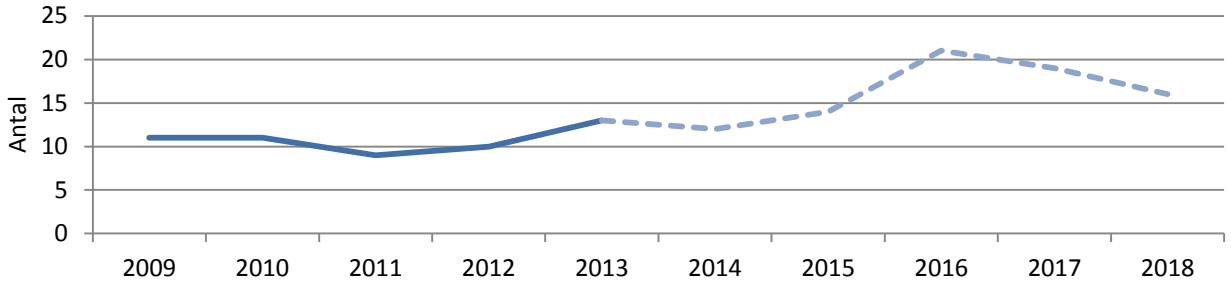
Samtidig med lægernes ophør, er det også relevant at se på, hvor mange almen læger, der kan forventes at nedsætte sig i regionen i de kommende år. I de senere år har der været en stigning i såvel opslåede som besatte hoveduddannelsesforløb i regionen, og fra 2009 til 2013 er der besat i alt 103 hoveduddannelsesforløb af fem års varighed. Det kan imidlertid ikke forventes, at alle afslutter forløbet, ligesom det ikke kan forventes, at alle afsluttede forløb fører til nedsættelse i regionen.

Over de seneste fem år er i alt fire læger sprunget fra uddannelsen efter start, hvilket svarer til 3,5 procent. Imens har 80 procent af de, der har fuldført forløbet, enten fundet arbejde i praksis eller valgt at nedsætte sig som praktiserende læge i regionen.

Såfremt andelen af nyuddannede almen medicinere, der forbliver i regionen, er den samme i de kommende år, kan der forventes en tilgang på godt 80 almen læger frem til 2018. Det er dog forudsat, at alle besatte forløb fører til en færdiguddannet almen mediciner, at alle gennemfører på normeret tid, og at der ikke er en forskydning mellem endt uddannelse og nedsættelse i regionen. Samtidig er tilgang fra andre regioner/lande ikke medregnet.

I Figur 16 er vist den hidtidige og forventede tilgang for hvert år ud fra samme antagelser.

Figur 16 – Hidtidig og forventet tilgang af læger, der enten arbejder i almen praksis eller nedsætter sig som prak. læge i RN



Kilde: Primær Sundheds egne opgørelser

Den negative difference mellem antallet af forventede afgange og forventede tilgange illustrerer vigtigheden af, at man får besat uddannelsesstillingerne samt fastholder – og helst øger - det høje antal af læger, der efter endt uddannelse nedsætter sig i Nordjylland.

Opsamling på analysen af lægedækning i Region Nordjylland

Det gennemgående billede af lægedækningen i Nordjylland er, at kapaciteten i regionen ikke er ligeligt fordelt. Nogle områder har en god lægedækning, mens andre er udfordret. Dette billede har også været gældende i de hidtidige lægedækningsanalyser. Det har således også været grundlaget for de indsatser regionen sammen med PLO og kommunerne har aftalt for at øge kapaciteten generelt i regionen og særligt i de udfordrede områder. Ser man på geografien er det især fire kommuner, hvor der generelt pres på sektoren. Det er i Brønderslev, Jammerbugt, Thisted og Morsø kommunerne. Det er således også i Thisted og Jammerbugt kommuner, at det har været nødvendigt at sikre lægedækningen ved at oprette to regionsklinikker i hver af kommunerne. Det er sket i forbindelse med ophør af flere praksis i de to kommuner, hvor ydernumrene ikke har kunnet afsættes til andre læger.

Det er også klart, at et fortsat fokus på at fastholde og øge tilgangen af nyuddannede til almen praksis er meget vigtigt for den fremtidige lægedækning i regionen. Endelig er det vigtigt, at der også arbejdes med andre tiltag for at skabe mere kapacitet. Den gennemsnitlige kapacitet i Nordjylland ligger på 1.700 sikrede pr. kapacitet. Dette er et højere antal end det hidtidige normtal i landsoverenskomsten (1.600). Kapaciteten her har formentlig tæt sammenhæng til, at der er kommet mere praksispersonale i almen praksis. Muligheden for at øge kapaciteten via organisering, arbejdstilrettelæggelse og anvendelse af andre faggrupper i praksis, er derfor også et vigtigt bidrag til en øget kapacitet. I den forbindelse er det også vigtigt at inddrage, den ekstrakapacitet, der eksisterer hos de nuværende lægepraksis. Den er samlet for regionen i 2013 indmeldt til 31.000 borgere.

Sammenholdes det nuværende antal ydernumre/kapaciteter i regionen og fordelingen af disse i kommunerne, samt de indmeldinger der er kommet fra lægepraksis om deres nuværende kapacitet, med prognoserne for befolkningsudviklingen, så er der ikke på nuværende tidspunkt behov

for en ændring af hverken antal af ydernumre eller fordelingen på kommunerne. Udfordringen ligger i at få de ledige ydernumre besat. På sigt ses der dog en forskydning i befolkningens fordeling på kommunerne, som på et tidspunktet vil påvirke behovet for ændringer af ydernumre i de enkelte kommuner. Dette skal således løbende vurderes af praksisplanudvalget.

Yderligere indsatser omkring planlægning af lægedækningen

Med henblik på at sikre fortsat grundlag for planlægningen af lægedækning i alle dele af regionen, gennemføres følgende indsatser i planperioden.

1. Sikring af opdateret viden
   Med henblik på at kunne handle på opdateret viden omkring udviklingen i kapaciteten i almen praksis, er det væsentligt, at Praksisplanudvalget hvert år gennemfører en undersøgelse af kapaciteten i lighed med de hidtidige kapacitetsundersøgelser. Det vil give udvalget vigtig information om status og om ændringer inden for de enkelte praksisområder. En viden, som er nødvendigt, hvis rekrutteringsinitiativer og lignede skal kunne tilpasses den aktuelle situation.

2. Lokale udfordringer
   Der skal udvikles profiler for de enkelte praksisområder med beskrivelse af kapaciteten fordelt inden for praksisområdet. Herunder data om populationens alder, sygdomsbyrde og livsstil.

   Profilerne er vigtige for at kunne identificere, om der er, eller synes at opstå, lægedækningsproblemer inden for en kommune, selv om der samlet i kommunen synes at være tilstrækkelig kapacitet. Der skal i beregningen af lægedækningen også tages hensyn til, at der skal være kapacitet i almen praksis til at rumme særlige behov eller indsatser hos nogle befolkningsgrupper. Kommunerne har i deres høringssvar blandt andet peget på behovet for lægedækning til borgere på aflastningsophold eller til akuttilbud i kommunerne.

   Profilerne skal inddrage forhold omkring kommunal planlægning, som kan være væsentlige i forhold til lægedækningen.

3. Fordeling af lægepraksis
   På baggrund af praksisområde-profilerne skal der udvikles en overordnet strategi for placeringen af kapaciteten i almen praksis, særligt hvor det er vigtigt at sikre en fortsat almen lægekapacitet, og hvor der hensigtsmæssigt kan placeres praksis i fremtiden. Herunder skal lægedækningen i yderområderne sikres, og i det omfang det er muligt, skal det prioriteres, at borgeren har mulighed for at vælge mellem flere læger. I den forbindelse vil der blive arbejdet videre med at afdække hvilken rolle sundhedshuse kan spille i arbejdet med at sikre lægedækning.

4. Praksiskarakteristika og sikrede/ydelser

Med henblik på udvikling af kapaciteten indenfor almen praksis vil praksisplansudvalget igangsætte en indsats, som beskæftiger sig med hvilke praksiskarakteristika, der ser ud til at påvirke kapacitet i praksis, og hvordan en udvikling af praksis med en højere kapacitet kan understøttes. En kapacitet som både kan omfatte flere borgere, men også bedre muligheder for indsatser overfor særlige målgrupper. Som et led i indsatsen vil lægernes arbejdsvilkår og betydning for kapaciteten indgå.

5. Den indsamlede viden skal bruges systematisk som pejlemærke ved generationsskifte og ophør i de enkelte områder i regionens kommuner. Det foregår dels i Samarbejdsudvalget for almen læger, dels i praksisplanudvalget.

Indsatser til øget kapacitet i almen praksis – rekruttering og fastholdelse

I overenskomsten for almen praksis og i sundhedsloven er der indført forskellige redskaber med henblik på at understøtte kapaciteten i almen praksis og løse konkrete lægedækningsudfordringer. Anvendelsen af disse er løbende blevet behandlet i praksisplanerne for området, særligt i delplaner omkring rekruttering og fastholdelse. Det vil fortsat være den til en hver til gældende overenskomst samt mulighederne i lovgivningen, der sætter rammerne for de indsatser, der kan gennemføres på området. Der er den 1. marts 2014 indgået en forhandlingsaftale mellem regionerne og praktiserende læger med henblik på en ny 3-årig overenskomst, der træder i kraft den 1. september 2014. Praksisplansudvalget skal løbende forholde sig til de muligheder, der her gives for at arbejde med planlægningen af lægedækningen.

På baggrund af de hidtidige analyser af lægedækningssituationen i Nordjylland har regionen, PLO og kommunerne allerede beskrevet en række initiativer til understøttelse af lægedækningen og rekruttering til området. Der er blandt andet identificeret praksisområder med udfordringer, som kræver en særlig rekrutteringsindsats. Indsatserne har også fokus på et godt uddannelsesmiljø i almen praksis, som kan medvirke til rekrutteringen af nye læger til faget samt på behovet for en løbende udvikling omkring anvendelse af personale og arbejdstilrettelæggelse.

De områder, hvor der er muligheder for særlige rekrutteringsindsatser med understøttelse af nedsættelse i ydernumre, er identiske med de områder, der i analysen i denne praksisplan fremstår som særligt udfordret på sikringen af almen læger til alle borgere. Derfor fortsættes arbejdet med de beskrevne indsatser i denne praksisplan. Den samlede plan er beskrevet i tillæg til den tidligere praksisplan. Tillægget er vedlagt som bilag og videreføres i denne praksisplan.

Der vil altid være en risiko for, at der aktuelt kan opstå konkrete lægedækningsproblemer som følge af et praksisophør, hvor praksis ikke overtages af en anden læge. I de situationer vil regionen tage redskaberne i dels lovgivning og overenskomsten i anvendelse ud fra, hvad der er muligt og relevant i situationen. Findes der ikke andre løsninger, bl.a. ved anvendelsen af de aftalte rekrutteringsindsatser, vil regionen om nødvendigt oprette midlertidige regionsklinikker.

Udvikling, organisering og optimering af almen praksis

Det er ønsket at understøtte udvikling af almen praksis i forhold til at sikre tilstrækkelig kapacitet og bedre mulighed for, at de praktiserende lægers kompetencer anvendes til lægefagligt arbejde.

I det følgende beskrives indsatserne omkring rekruttering og øget kapacitet i særlige områder i regionen.

Brug af praksispersonale

Det er vigtigt, at der sikres effektiv brug af de praktiserende lægers tid. Dette kan bl.a. ske via organisationsændringer og opgaveglidning inklusiv øget brug af praksispersonale. Ansættelse af praksispersonale kan også være en måde at lette hverdagen på, og dermed et incitament for den enkelte læge i forhold til at overveje at udsætte tidspunktet for pensionering.

Øget brug af praksispersonale må dog ikke være betinget af, at lægerne selv skal oplære deres personale, da det både er tidskrævende og en ineffektiv udnyttelse af de lægefaglige ressourcer.

På denne baggrund er der oprettet en formaliseret og standardiseret videreuddannelse for praksispersonale. Videreuddannelsen finder sted i Kvalitetsenheden for almen praksis i regi af Region Nordjylland (Nord-KAP).

Nord-KAP er oprettet med den overordnede funktion at formidle samarbejde og igangsætte/koordinere nye initiativer inden for kvalitet, forskning og uddannelse i almen praksis. Her er der mulighed for at hente viden og erfaringer, men også for at blive understøttet i forbindelse med nye initiativer i egen praksis inden for alle tre områder.

En god speciallægeuddannelse i almen medicin

Et attraktivt uddannelsesmiljø, som får medicinstuderende til at vælge Nordjylland som deres uddannelsessted, er en forudsætning for senere rekruttering og nedsættelse i almen praksis.

Uddannelse kombineret med forskning/kvalitetsudvikling

Der er udviklet en model, hvor der hvert år reserveres en pulje forskningsmidler i form af et antal måneders ansættelse, kursusgebyrer samt udgifter til materiel. Denne kombination af frikøbsmåneder fra uddannelsestiden, kursusgebyrer samt indkøb af materiel skal kunne søges af læger i hoveduddannelse i Almen medicin i regionen, dog med den begrænsning at forskningen skal have opstart inden lægen starter i fase 3, således at forskningsperioden ikke strækker sig hen over uddannelsens afslutning og tidspunktet for anerkendelse som speciallæge.

Præsentation af specialet Almen medicin

Specialet Almen medicin har i samarbejde med Region Nordjylland igennem de seneste år inviteret studerende på medicinstudiets sidste semestre, samt læger i klinisk basisuddannelse i regionen i almen praksis, til en række arrangementer, som løber af stabelen to gange om året.

Arrangementerne har til hensigt dels at præsentere specialet tidligt i de unge lægers karriere og dels at omsætte teoretisk viden til praktiske håndgreb og knowhow.

Tutorlæger
Et væsentligt led i uddannelseskapaciteten er antallet af tutorlæger (tutorlæger er de færdiguddannede praktiserende læger, som er ansvarlige for uddannelseslæger i deres praksis). Region Nordjylland har 205 tutorlæger fordelt på 115 praksis. Det vil sige, at der i de flere tilfælde er mere end en tutorlæge pr. praksis. Dette understøtter regionens ønske om at udvikle uddannelsesmiljøer i almen praksis, hvor der dels kan være plads til flere uddannelseslæger på én gang og dels at tutorlægerne internt kan bruge hinanden som sparringspartnere i forhold til den løbende udvikling af både den formelle og pædagogiske del af uddannelsesforpligtelsen.

Med vedtagelse af den nye målbeskrivelse i 2013 for speciallægeuddannelsen i Almen medicin blev der vedtaget et nyt krav om, at alle tutorlæger skal på opkvalificeringskursus minimum hvert femte år. Med fokus på løbende at udvikle kvaliteten af speciallægeuddannelsen blev der i uddannelsesenheden under Nord-KAP taget initiativ til at udvikle dette opkvalificeringskursus i en særlig nordjysk version set på baggrund af, at det kvalificerende tutorlægekursus foregår i et samarbejde mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland. Med dette nye initiativ har de nordjyske tutorlæger mulighed for at møde hinanden som nordjyske tutorkollegaer og dermed mulighed for at skabe netværk internt i regionen. Med det nordjyske opkvalificeringskursus er det samtidig blevet muligt at tilrettelægge undervisningen specifikt efter nordjyske rammer og vilkår.

Rekruttering af nye tutorlæger sker via allerede eksisterende netværk blandt de praktiserende læger, hvilket har vist sig at være den bedste rekrutteringsmetode. Det væsentligste rekrutteringspotentiale er dog blandt relativt nyuddannede praktiserende læger, som selv ønsker at give en god uddannelse videre til yngre kollegaer. Det har med denne strategi endnu ikke været problematisk at finde tutorlæger nok i regionen.

Regionen som et attraktivt område at nedsætte sig i
Der er iværksat flere konkrete tiltag, som skal befordre overgangen fra uddannelseslæge til selvstændig praktiserende læge.

Kursus i praksisovertagelse
I samarbejde med tillidsmandssystemet for yngre læger i almen praksis i Region Nordjylland er der oprettet et kursus i praksisovertagelse, som læger under uddannelse i Almen medicin gratis kan deltage på. Kurset har en varighed på to dage og er et supplement til kursusdagene omkring juridiske forhold ved praksiskøb, som er en del af de obligatoriske kurser under uddannelsen.

Mentorordninger
Der arbejdes på udviklingen af forskellige former for mentorforløb for yngre læger. Både i relation til læger under uddannelse og for læger, der har overtaget eller er startet i praksis. Der er i den forbindelse planer om et fremtidigt tilbud om et gruppebaseret lederudviklingsforløb for nynedsatte læger.

Synliggørelse af muligheder for praksisnedsættelse
Det er hensigtsmæssigt, at kommende praktiserende læger kan få nem adgang til et samlet overblik over informationer omkring ledige ydernumre og hvilke praksis, der er til salg i regionen. De specifikke informationer omkring ledige ydernumre og praksissalg er at finde på hjemmesiden www.almenpraksis.rn.dk. Siden er også suppleret med andre informationer omkring muligheder og tiltag for uddannelseslæger og nyuddannede speciallæger i Almen medicin.

Sundhedshuse
I Nordjylland er almen praksis karakteriseret af forskellige praksistyper. Dette har den fordel, at det i vid udstrækning er muligt at nedsætte sig som praktiserende læge i den praksisform, man ønsker. Udviklingsperspektivet for almen praksis er således ikke en praksisstruktur baseret på én enkelt praksisform. Omvendt er der positive erfaringer med større bæredygtighed ved en samling af de forskellige praksisformer i fælles sundhedshuse eller store lægehuse.

Sundhedshuse med mulighed for etablering af praksisfællesskaber ses derfor som et vigtigt element i forhold til at sikre en bæredygtig praksisstruktur i regionen. Samtidig har etableringen og udviklingen af sundhedshuse og større lægehuse betydning i forhold til rekrutterings- og fastholdelsesindsatsen, da de kan skabe rum for både nyetablerede og erfarne lægers særlige behov for faglige fællesskaber, fleksible arbejdsforhold, kollegial støtte mv. og dermed medvirke til at skabe attraktive lægearbejdspladser. Der er en tendens, der peger i retning af, at flertallet af de yngre læger ser store fordele i at indgå i praksisfællesskaber på den ene eller anden måde. F.eks. viste en undersøgelse fra juni 2012 blandt FYAMs medlemmer, at kun 2 procent af respondenterne (422 personer, svarende til 41 procent af populationen) gerne vil arbejde som solopraktiserende 5-10 år efter de er blevet speciallæge. Derimod ønskede 56 procent at indgå i kompagniskab, 22 procent ønskede at indgå i kompagniskab, der samtidig er delepraksis, mens 13 procent ønskede at indgå i en samarbejdspraksis[4].

Et sundhedshus eller stort lægehus kan indeholde mange forskellige ting, og kan således rumme forskellige praksisformer. Ofte er der tale om et samarbejde mellem lægepraksis, hvor flere alment praktiserende læger opretter klinikker i fælles bygning. Der kan også være mulighed for samarbejde med speciallæger og andre sygesikringsydere samt kommunale og regionale sundhedsfunktioner. Der vil være mulighed for fælles anvendelse af personale som eksempelvis lægesekretærer, sygeplejersker og bioanalytikere samt fælles brug af lokaler til uddannelseslæger, laboratorium mv. Dette kan medvirke til at effektivisere arbejdsgange og ressourceforbrug - med en mere velorganiseret praksis som resultat.

Et af formålene ved et sådan lokalefællesskab er desuden, at det kan være medvirkende til at skabe et bedre samspil mellem de forskellige aktører på sundhedsområdet. Det kan ligeledes skabe større professionelle miljøer og dermed styrke fagligheden, samarbejdet og kvaliteten i opgaveløsningen på tværs. Dertil kommer den fordel, at sundhedshuse har potentiale til at samle flere sundhedstilbud lokalt, og derved skabes færre indgange for borgeren til det nære sundhedsvæsen.

Det er vigtigt at understøtte en udvikling mod etablering af sundhedshuse og store lægehuse, for på den måde at medvirke til at gøre de nuværende praksis mere attraktive. Både i forhold til effektiv udnyttelse af ressourcerne og i forhold til at understøtte nutidige, fleksible og udviklende

[4] Kilde: ”FYAM/PLO undersøgelse” 25.07.2012

arbejdspladser, som gør det interessant for yngre læger at nedsætte sig som praktiserende læger i Nordjylland – og som i lige så høj grad skaber gode rammer for erfarne læger, der vil fortsætte længere tid i praksis. I processen skal der dog også rettes opmærksomhed imod, at etableringen af sundhedshuse og store lægehuse kan medføre, at flere praktiserende læger samles, og en ikke hensigtsmæssig konsekvens heraf kan være, at nogle borgere oplever længere transporttid.

De primære aktører i arbejdet med at etablere sundhedshuse og store lægehuse er de praktiserende læger. I særlige situationer, hvor det viser sig ikke at være muligt for almen praksis selv at etablere lokaler, der underbygger en bæredygtig praksis struktur, har region og kommuner en opgave i forhold til at understøtte en hensigtsmæssig udvikling.

På baggrund af ovennævnte overvejelser har der været igangsat en indsats for at understøtte etableringen af flere sundhedshuse i regionen i et samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis. En udvikling der fortsætter i de kommende år. I 2011 fik Region Nordjylland ca. 100 mio. kr. fra det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerie til etablering af fire sundhedshuse i områder af regionen, hvor der er udfordringer med at sikre lægedækningen. I 2013 blev de to første huse færdige i hhv. Pandrup og Hurup. Sensommeren 2014 ventes Sundhedshus Sæby færdigt, mens Brønderslev Sundhedshus ventes færdigt primo 2015. Der er tale om individuelle og unikke projekter, der alle er tilpasset de lokale behov, visioner og ønsker i et håb om at skabe ejerskab hos de borgere og sundhedsprofessionelle, der skal have deres daglige gang i husene. Etableringen af sundhedshusene vil give en lang række af erfaringer med de fordele, udfordringer og muligheder, de rummer. Der vil således blive høstet vigtig viden, herunder med forskellige organisatoriske modeller, der kan bruges fremadrettet til at understøtte udviklingen af en bæredygtig praksisstruktur.

Strategi for anvendelse af individuelle rekrutteringstiltag
Med henblik på at sikre borgerne i udsatte områder adgang til lægebetjening fra almen praksis, er der behov for særlige initiativer til at understøtte generationsskifte og nynedsættelser i disse områder.

Problemerne har forskellig tyngde i områderne, og derfor kan det være relevant, at løsningsmodellerne og den økonomi, der knyttes til disse, differentieres for de forskellige områder. Der er således aftalt et konkret antal mulige individuelle rekrutteringsaftaler med støtte til gennemførelse af generationsskifte eller til nedsættelser i ledige ydernumre uden borgere i Brønderslev, Jammerbugt, Thisted og Morsø kommuner.

Yderligere indsatser omkring kapacitet og rekrutteringen til almen praksis

Indsatserne omkring øget kapacitet og rekrutteringen til faget skal løbende vurderes, så de modsvarer behovene både geografisk og hos de yngre læger. I den forbindelser er en række

nye indsatser beskrevet med henblik på nærmere undersøgelse af, om de kan realiseres. Dette vil blive en del af praksisplansudvalgets videre arbejde med området. Indsatserne omfatter:

1. Bedre anvendelse af data fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende ønsker på lægedækningsområdet. – kapacitetsundersøgelsen

2. Et samarbejde omkring flytning af kapacitet syd for fjorden til ledige ydernumre nord for fjorden.

Tilgængelighed i almen praksis

Ud over en tilstrækkelig kapacitet er spørgsmålet om tilgængeligheden i almen praksis også centralt for dels borgernes adgang til tilbud og for samarbejdspartnernes adgang til håndtering af de patientforløb, der involverer flere sektorer. Tilsvarende har almen praksis behov for god tilgængelighed hos samarbejdsparterne i de øvrige sundhedssektorer.

I dette afsnit er fokus på tilgængeligheden *til* almen praksis. Den tilgængelighed almen praksis har behov for hos samarbejdspartnerne er således beskrevet som led i sundhedsaftalerne og som led i den regionale sundhedsplanlægning, idet man her kan planlægge, hvordan de øvrige sektorer kan understøtte praksis.

Tilgængelighed til almen praksis gælder dels den borgerrettede tilgængelighed og dels tilgængeligheden for andre sektorer – herunder kommunerne.

Tilgængelighed for borgere

For borgerne omfatter tilgængeligheden muligheder for kontakt til lægepraksis samt forventninger til svartider mv. Endvidere har de fysiske rammer betydning for borgernes oplevelse af tilgængelighed.

De nuværende muligheder er beskrevet i overenskomsten for almen praksis, og patienttilgængelighed aftales i overenskomsten.

Kontaktmulighederne til praksis er:
- konsultationer
- telefoniske henvendelser
- elektroniske henvendelser
- sygebesøg

Der er endvidere fastsat nogle krav til svartider m.v. Lægerne er forpligtigede til, at have praksisdeklarationer liggende på hjemmesider, hvor borgere kan få oplysninger om, hvordan praksis tilbyder lægebetjeningen inden for rammerne af overenskomsten.

Det er fastsat, at alle læger skal tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter. Lægerne skal endvidere tilstræbe, hvor det er muligt, at der er handicapparkering i nærheden af praksis.

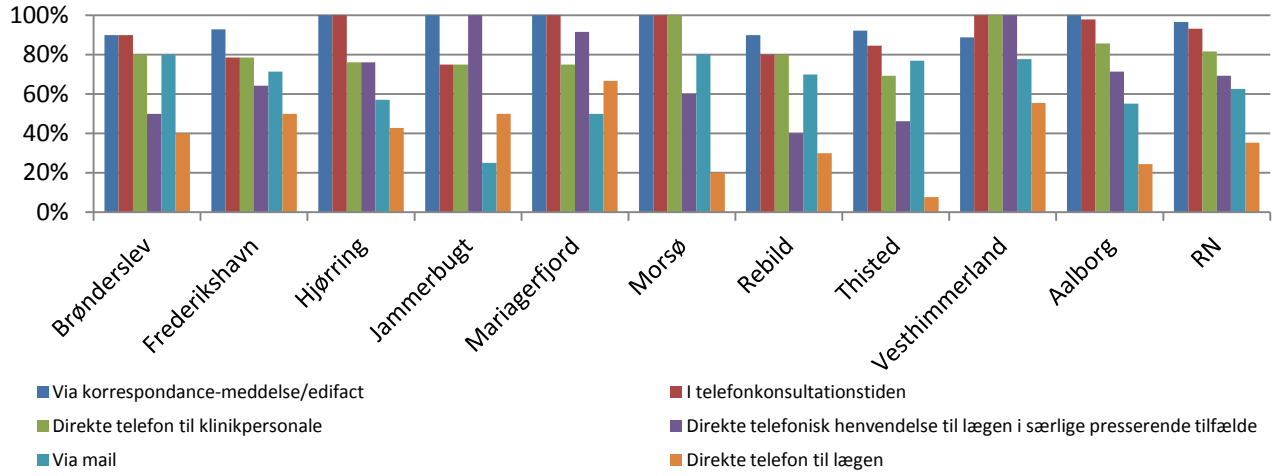
Flere lægepraksis har arbejdet med nye måder at organisere arbejdet i praksis med det formål at skabe bedre tilgængelighed for borgerne. Der har blandt andet været anvendt modeller med åben konsultation, herunder til akut opstået sygdom, ændrede muligheder for telefontid m.v.

Det er i overenskomsten for almen praksis aftalt, at der skal gennemføres patienttilfredshedsmålinger i praksis min. hvert 3. år. Disse vil naturligt have fokus på borgernes oplevelse af tilgængeligheden til praksis.

Tilgængelighed for andre sektorer

For de andre sektorer omfatter tilgængeligheden, at de kan komme i kontakt med praksis. I praksisplanudvalgets spørgeskemaundersøgelse til de praktiserende læger, er lægerne blevet spurgt til de kommunale medarbejderes mulighed for at kontakte dem. Af nedenstående figur fremgår lægernes svar.

Figur 17 - Andelen af praksis med kontaktmuligheder for andre sektorer



Figuren viser andelen af praksis, der har svaret, at de tilbyder nærværende kontaktmulighed for kommunen ift. det samlede antal besvarelser i kommunen. n = 147. Kilde: Survey

Som figuren viser, er der en hvis variation mellem de muligheder for kontakt til praksis, der tilbydes kommunale medarbejdere. Den mulighed, der har den højeste tilgængelighed, er umiddelbart korrespondancemodulet, mens den mulighed, der har den laveste tilgængelighed, er den direkte telefonkontakt til lægen. Mulighederne afspejler i et vist omfang den arbejdstilrettelæggelse, der er i praksis, hvor lægen oftest er optaget af patientkontakter i løbet af dagen.

Området har løbende været behandlet i overenskomstsammenhæng, og der er indgået aftaler omkring elektronisk kommunikation og forventninger til svartider m.v.

Muligheden for dialog mellem kommunale medarbejdere og lægepraksis samt mellem sygehusafdelinger og praksis har også været genstand for flere forsøgsprojekter. Der er således også aftalt nye muligheder i sundhedsaftalen omkring forløbskoordination.

Der er fortsat et behov for at få udviklet tilgængeligheden, og det er oplagt, at der skal høstes erfaringer med de forskellige projekter m.v. for at finde de modeller, der bedst tilgodeser behovet hos både kommuner, praksis og sygehuse.

Yderligere indsatser omkring tilgængelighed i almen praksis

Forud for arbejdet med indsatser omkring tilgængelighed, vil det være relevant at få indsamlet mere viden på området, dels fra borgere og dels fra samarbejdspartnere for almen praksis. Der er også behov for at arbejde videre med de informationer, der ligger i den gennemførte spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanen.

Indsatserne på området vil være:

1. Undersøgelse af den konkrete tilgængelighed for borgerne i almen praksis. Herunder særligt fokus på følgende områder:

   - Tilgængelighed til lægen i praksis, herunder sammenhæng til organisering i praksis
   - Tilgængelighed i forhold til åbningstider, særligt muligheder for konsultation efter kl. 16
   - Tilgængelighed i forhold til lægens muligheder for at tilse flere helbredsproblemer ved samme borger under konsultationen.

2. Indsamling af ønsker fra borgerne til tilgængeligheden, herunder dialog med patientinddragelsesudvalget og informationer fra patienttilfredshedsundersøgelserne i praksis.

3. Opsamling på erfaring med nye modeller for tilgængelighed i praksis, med henblik på at understøtte praksis med udvikling på området.

4. Yderligere bearbejdning af data omkring tilgængelighed for kommunerne samt opsamling på erfaringerne med de projekter, der er gennemført på området samt aftalerne vedrørende forløbskoordination.

5. God dialog og kommunikation viser god kvalitet samt effektivitet i sektorovergangene mellem praktiserende læge og kommunen. Der skal konkretiseres initiativer på området.

Kapitel 4: Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen

Praksisplanen skal danne grundlaget for arbejdet med den rolle almen praksis udfylder i det regionale sundhedsvæsen. Der er traditionelt mange samarbejdsflader mellem almen praksis og de regionale sygehuse og akutberedskab. Det betyder også, at ændringer i en sektor ofte kan have en afsmittende effekt på opgaveløsningen hos andre.

For borgerne er det afgørende, at hele det regionale sundhedsvæsen spiller godt sammen, og det er væsentligt at inddrage borgernes input til forbedringer i udviklingen på området.

Udgangspunktet for praksisplanen på dette område er, at den:

- Beskriver almen praksis' opgaver og roller i det regionale sundhedsvæsen i forhold til relevante patientgrupper og/eller indsatser. Et væsentligt element heri er at sikre sammenhæng til de øvrige planer for det samlede regionale sundhedsvæsen
- Beskriver hvordan regionen understøtter almen praksis i deres opgavevaretagelse
- Indeholder overvejelser omkring kvalitetssikring og –udvikling af almen praksis, specielt omkring planlægningen af implementering og opfølgning på de opgaver, der indgår i praksisplanen.

Sammenhæng mellem almen praksis og det regionale sundhedsvæsen

Overordnet kan sammenhæng mellem almen praksis og det regionale sundhedsvæsen ses i tre perspektiver.

1) Hvordan patienter kan afsluttes/holdes i almen praksis.

Praksisplanen skal understøtte, at langt størstedelen af patientkontakter fortsat kan afsluttes i almen praksis. Herunder understøtte adgang til diagnostiske undersøgelser og sundhedstilbud/træning, så patienten kan færdigbehandles i almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.

Praksisplanen skal understøtte, at almen praksis kan udføre kerneopgaver som beskrevet i overenskomsten. Der skal kunne prioriteres i de samlede forpligtelser, således at patientens samlede behov for sundhedsydelser kan tilgodeses. Det vil sige, at patientens frie adgang til at blive undersøgt og behandlet for sygdomme skal sikres, samt opgaven med at øge den enkeltes sundhed og forebygge sygdom.

Praksis skal understøttes i at udføre situationsbestemt kommunikation med patienten og derudfra skræddersy den løsning, der passer til patienten ud fra dennes livssituation, faglige instrukser og muligheder for bedst udnyttelse af sundhedsmidler.

2) Hvordan patienter henvises til sekundær sektor på operationel vis og til rette tid.

Praksisplanen skal understøtte lægens rolle som gatekeeper. F.eks. via pakkeforløb, diagnostiske centre, central visitation, shared care modeller[5], intelligent henvisningsblanket m.m., således at henvisning til sekundær sektor foregår operationelt og på rette tidspunkt. Det er et overordnet mål i sundhedsvæsenet at gå fra akutte forløb og indlæggelser til ambulant behandling, herunder ved at sikre entydige henvisningskriterier, forløbsbeskrivelser og hurtig adgang til ambulant behandling.

3) Hvordan patienter i sekundær sektor udskrives til almen praksis eller til "shared care"[6] med almen praksis

Rollen som tovholder kræver tydelig opgaveoverdragelse, herunder sikring af aftalt opgavefordeling i sektorovergangen til almen praksis. Der er indgået aftale om gode epikriser (udskrivningsbreve) til rette tid. Der skal være fokus på opfølgende mulighed for specialistrådgivning, så genhenvisning kan undgås. Aftaler i sundhedsvæsenet skal med fokus i patientens behov sørge for smidige overgange mellem sektorer, så patienten ikke tabes mellem stolene og den praktiserende læge kan udføre sin rolle som tovholder.

Rollerne og opgaverne for almen praksis har ændret sig på alle tre områder i de seneste år i takt med, at det regionale sundhedsvæsen har ændret organisering. For borgerne er det væsentligt, at rollerne er afklaret mellem sektorerne. En god og planlagt organisering kan medvirke dels til at understøtte nærheden i tilbuddene for borgerne, i det omfang at opgaverne kan løses i almen praksis og en bedre udnyttelse af kapaciteten i alle sektorerne, således at flere borgere kan behandles.

Sundhedstilbuddene i alle sektorer er til for borgeren, som samtidig er den person, der konkret mærker, hvordan sammenhængen mellem sektorerne fungerer. Derfor skal borgernes input til forbedringer inddrages i udviklingen på området. Dette sker dels via det nedsatte patientinddragelsesudvalg, men også ved opsamling på de informationer om borgernes oplevelser der fremkommer ved tilfredshedsmålinger i alle sektorer.

---

[55] Udgangspunktet for shared care er, at almen praksis er indgangen til og omdrejningspunktet for behandlingen. Shared care er en samle-betegnelse for flere forskellige samarbejdsmodeller, hvor behandlingen er centrum for samarbejdet. Samarbejdet bygger på en tydelig og aftalt opgavefordeling mellem psykiatrien, speciallæger, almen praksis og evt. kommunerne.

[6] Se forrige note.

Planlægning af det regionale sundhedsvæsen

Region Nordjyllands samlede tilbud på sundhedsområdet beskrives i regionens sundhedsplan. Sundhedsplanen er en paraplyplan, idet den består af delplaner for de forskellige områder af sundhedsvæsenet. Sundhedsplanen for 2010-2014 omfatter delplanerne: Praksisudviklingsplan for almen praksis, Tillæg til psykiatriplan, Strategisk plan for det præhospitale område samt Plan for sygehuse og speciallægepraksis.

Den samlede sundhedsplan for 2010-2014 var baseret på de seks værdier på sundhedsområdet, som de fem regioner i samarbejde har formuleret. Værdierne er følgende:

- Effekt
- Patientfokus
- Patientsikkerhed
- Lighed
- Rettidighed
- Omkostningseffektivitet

Der skal udarbejdes en sundhedsplan i hver valgperiode og de nævnte planer vil også indgå i den kommende sundhedsplan. Nærværende praksisplan vil således blive en del af denne sundhedsplan.

Almen praksis har tidligere indgået i planarbejdet omkring visse af delplanerne til sundhedsplanen, og på samme vis vil almen praksis blive involveret i de kommende planprocesser. Det vil være naturligt, at denne inddragelse sker med praksisplanudvalget som omdrejningspunkt, idet udvalget nu oprettes som et stående udvalg. Hensigten er at sikre den rette planlægningsmæssige sammenhæng mellem de enkelte delplaner.

Praksisplanudvalget vil have tre snitflader til delplanprocesserne. For det første vil praksisplanudvalget være en naturlig høringspart. For det andet vil det være naturligt, at input omkring almen praksis til de øvrige planområder koordineres med praksisplanudvalget. For det tredje, vil praksisplanudvalget få en central rolle i forhold til at sikre, at elementer fra de øvrige delplaner løbende indarbejdes i praksisplanen.

Mens sundhedsplanen beskriver det samlede sundhedstilbud i Region Nordjylland, beskrives samarbejdet mellem region og kommunerne i de obligatoriske sundhedsaftaler, der ligeledes udarbejdes for hver valgperiode.

Særlige indsatser og målgrupper

Flere af de elementer, der indgår i de nuværende delplaner, forventes også at være centrale elementer i de kommende delplaner.

Det gælder eksempelvis driftsomlægningerne fra akut til planlagt behandling samt fra stationær til ambulant behandling. Dette fokus indebærer, at der løbende skal arbejdes for at sikre den rette opgavefordeling mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne med henblik på at understøtte sammenhængende patientforløb. Dette gælder eksempelvis i relation til konkrete opgaver, i relation til at løfte opgaverne forbundet med udredningsretten samt i forhold til håndtering af akutte patientforløb i lyset af den nye akutstruktur i sygehusregi. Af andre områder kan nævnes samarbejdet mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne i relation til implementering af den nationale handleplan for den ældre medicinske patient samt i forhold til implementering af den regionale kræftplan. Samarbejdet mellem hele psykiatriområdet og almen praksis har også været i fokus i de senere år, og vil også fremadrettet blive et vigtigt indsatsområde.

Et andet centralt emne i de nuværende delplaner, som givetvis vil fortsætte i de kommende delplaner, er målet om sikre, at de enkelte dele af det samlede sundhedstilbud understøtter hinanden bedst muligt. Almen praksis er, og vil være, en central aktør i det samlede sundhedstilbud. Det er de øvrige tilbud imidlertid også, og understøttelsen skal gå begge veje ud fra hensigten om at understøtte potentialerne i de forskellige tilbud bedst muligt. Som eksempler på initiativer kan nævnes diagnostiske centre, udvidet adgang for almen praksis til billeddiagnostiske undersøgelser, åben røntgen, let adgang til speciallægerådgivning samt fokus på at nedbringe svartider for prøvesvar.

Derudover vil der i de kommende delplaner fortsat være fokus på patientforløb og sammenhængen på tværs. Dette afspejles på sygehusene blandt andet i den nye ledelsesmæssige organisering, hvor patientforløb er omdrejningspunktet. Patientforløbene skal imidlertid ikke kun sættes i fokus i sygehusregi, men også på tværs af sektorgrænserne og derfor ser regionen et behov for en meget integreret funktion med gensidige forpligtelser. Dette er således væsentligt i forhold til eksempelvis de nationale kliniske retningslinjer og visitationsretningslinjer.

Akutområdet

På akutområdet har almen praksis og regionen siden 2013 arbejdet med en samlet aftale for samarbejde og organisering af det akutte beredskab og lægevagten, og den endelige aftale forventes indgået i foråret 2014. Samarbejdsmodellen bygger på, at alle regionens skademodtagelser er visiteret enten via 112 eller almen praksis, at der er etableret tre Fælles Akutmodtagelser (FAM) i regionen, og at der er placeret en lægevagtskonsultation i sammenhæng med disse, som kan sikre en fælles udnyttelse af ressourcerne til gavn for optimeringen af de akutte patientforløb. Aftalen omhandler også kvalitetssikring af de lægevagtstilbud, der ikke er etableret i sammenhæng med en FAM. Der er således fokus på, at patienterne, som betjenes herfra, også får det relevante akutte tilbud fra lægevagten, samt at patienterne i lægevagtsvisitationen så vidt muligt visiteres til den nærmeste lægevagtskonsultation, som kan varetage det behandlingsbehov borgeren har. Organiseringen af dette udvikles og tilpasse løbende i de kommende år, når der gøres erfaringer med implementeringen af aftalen.

I forhold til fastlæggelse af opgaver og rolle for almen praksis er det vigtigt at se på den kapacitet, der er tilstede i sektoren. Flere ting har betydning for denne, og som beskrevet i kapitel 3, er kapaciteten også ulige fordelt i regionen. Tilgængeligheden til sygehuse og speciallægepraksis

kan også påvirke opgaveløsningen i almen praksis, og derfor skal disse forhold også medtages i vurderingen af kapaciteten. Sammenhængen til planen for sygehuse og speciallægepraksis bliver derfor også vigtig for almen praksis.

Kvalitetsarbejde og patientsikkerhed i almen praksis

Som beskrevet tidligere skal praksisplanen også medvirke til at understøtte kvalitetsarbejdet i almen praksis, særligt i forhold til sammenhængen til de områder, der i øvrigt beskrives i praksisplanen. Udgangspunktet for kvalitetsarbejdet er forbedrede patientforløb, og da mange forløb er tværsektorielle ligger det også naturligt, at der skal være et samarbejde og en koordinering af kvalitetsudviklingen inden for det regionale sundhedsvæsen. Kvalitet handler både om indhold og sikkerhed i behandlingen.

Almen praksis har en lang tradition for kvalitetsarbejde, og dette skal styrkes. Kvalitetsarbejdet handler både om arbejdet i den enkelte praksis og kvalitet i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Patientforløb går på tværs af aktørerne i sundhedsvæsnet og kvalitet og sikkerhed for borgeren kræver en anderledes opmærksomhed i de forløb, idet ansvaret for borgerens behandling skifter undervejs.

Kvalitetsarbejdet i almen praksis har traditionelt været initieret af den enkelte praksis eller i grupper af praksis. I de senere år er der via kvalitets- og efteruddannelsesudvalgene samt aftaler i overenskomsterne kommet flere initiativer for hele almen praksissektoren. Dette har også medført, at den regionale kvalitetsenhed for almen praksis i Nordjylland, Nordkap, er blevet udvidet gennem årene.

Det er vigtigt, at der stadig initieres kvalitetsarbejde i den enkelte praksis ud fra egne interesser og behov. Fokus for praksisplanen vil være det kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde, der skal omfatte hele almen praksis og almen praksis som en del af sammenhængen i sundhedsvæsnet.

Indsatserne på området skal have sammenhæng til regionens strategi for sundhedsområdet samt regionernes fælles strategi for kvalitetsarbejde på praksisområdet. Endvidere vil området også have en sammenhæng til sundhedsaftalerne.

Regionen, PLO og kommunerne i regionen har allerede arbejdet med en strategi for kvalitetsarbejdet i almen praksis, som også vil være grundlaget for planlægningen af indsatserne. Strategien er vedlagt praksisplanen som bilag.

Indsatserne kan beskrives inden for fem områder:

- Borgernes oplevelse af kvalitet og sikkerhed
- Databaseret kvalitetsarbejde
- Patientsikkerhed
- Kvalitetsarbejde på tværs af sektorerne, akkreditering og den danske kvalitetsmodel
- Efteruddannelse

Der er tale om områder, som løbende skal udvikles i den periode praksisplanen er gældende, og der er således stor variation i, hvor langt de enkelte indsatser er beskrevet på nuværende tidspunkt.

Borgernes oplevelse af kvalitet og sikkerhed
Det er på nuværende tidspunkt aftalt, at almen praksis minimum hvert 3. år skal gennemføre en patienttilfredshedsmåling blandt borgerne tilmeldt klinikken. Metoden er valgfri. Der er nationalt planer om, at resultaterne af tilfredshedsmålingerne skal fremgå sammen med lægepraksis praksisdeklarationer

Databaseret kvalitetsarbejde
Databaseret kvalitetsarbejdet i den enkelte praksis har både fokus på understøttelse af populationsperspektivet på behandlingen i almen praksis, status på behandlingen i relation til indikatorer fastsat i faglige retningslinjer samt på variationer i behandlingen. Et omdrejningspunkt for dette er den fortløbende implementering af datafangst.

For sammenhængen med det øvrige sundhedsvæsen er indsatsen væsentlig i forhold til implementering af patientforløb, arbejdet med variationer mellem praksis og faglig udvikling på baggrund af dette.

Patientsikkerhed
Fokus vil her særligt være på udrulning af arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH), som grundlaget for en generel styrket indsats omkring borgernes sikkerhed i deres kontakt med almen praksis. Patientsikkerhedsarbejdet på tværs af sektorerne handler om at forebygge, at der sker fejl og skader - utilsigtede hændelser - når patienter behandles eller på anden måde er i kontakt med sundhedsvæsenet.

At fremme patientsikkerhed handler ikke om at placere skyld på enkeltpersoner, men om at lære af de utilsigtede hændelser og opbygge systemer, der mindsker risikoen for, at de sker igen.

Kvalitetsarbejde på tværs af sektorerne samt akkreditering – den danske kvalitetsmodel
Sygehusene har implementeret den danske kvalitetsmodel, og en del af indsatserne handler om forløb på tværs af sektorerne. Der er således her en ramme for videreudvikling af de tværgående patientforløb. Der er på nuværende tidspunkt ikke indgået aftale om almen praksis akkreditering efter den danske kvalitetsmodel, men i det omfang en aftale indgås perioden for denne praksisplan, vil arbejdet hermed også blive omfattet af kvalitetsstrategien.

Udrulningen af Det fælles medicinkort (FMK) har også konsekvenser for, hvordan sektorerne samarbejder, og der skal løbende arbejdes med udviklingen af dette med henblik på at understøtte bedre kvalitet på medicinområdet. Indsatsen har også relevans for patientsikkerhedsarbejdet.

Efteruddannelse
Efteruddannelse er en væsentlig indsats i udviklingen af almen praksis. Der skal være et relevant og interesseuafhængigt efteruddannelsestilbud for almen praksis, både for klinikpersonale og læger. Efteruddannelsesindsatsen skal også medvirke til at understøtte almen praksis i implementeringen af regionale sundhedsindsatser og faglige retningsliner

Yderligere indsatser omkring almen praksis' rolle og opgaver i det regionale sundhedsvæsen

1. Udarbejdelsen af det samlede plangrundlag for det regionale sundhedsvæsen, herunder fastlæggelse af rollefordeling, understøttelse af almen praksis i diagnosticeringen og behandlingen af borgere i almen praksis, og almen praksis' inddragelse i den samlede kapacitet i det regionale sundhedsvæsen

2. Opfølgning på planlægning af opgaver og kapacitet på det akutte område, særligt med henblik på erfaringerne omkring samarbejdet mellem lægevagten og Fælles Akutmodtagelser (FAM), herunder visitationen til akutafsnit i regionen

3. Opfølgning på aftaler omkring opgavefordelingen i det regionale sundhedsvæsen. Det kan have relevans bl.a. i forhold til den videre implementering af udredningsretten, nationale retningslinjer, pakkeforløb, opgaveoverdragelse, herunder i epikriser. Det psykiatriske område vil indgå som en del af dette arbejde.

4. Opfølgning i forhold til sygehusenes understøttelse af diagnostik og behandling i almen praksis.

5. Videre arbejde med implementering af elementer i kvalitetsstrategien for almen praksis, herunder også arbejdet med variation og kapacitet i behandlingen i almen praksis.

6. Det samlede patientforløb skal sættes i centrum og almen praksis skal i den samlede sundhedsplan understøttes i almen praksis' kerneværdier, herunder rollen som patientens tovholder og rollen som generalist, og at almen praksis fortsat kan afslutte hovedparten af patientkontakter i almen praksis.

7. Systematisk inddragelse af borgernes input til forbedringer i udviklingen på området, herunder opsamling på de informationer om borgernes oplevelser, der fremkommer ved tilfredshedsmålinger i alle sektorer.

Kapitel 5: Almen praksis' rolle og opgaver i det tværsektorielle samarbejde - sundhedsaftaler

Mange borgere har patientforløb, som involverer både almen praksis, kommuner og sygehuse. Disse parter, herunder almen praksis, skal derfor fungere som en integreret del af sundhedsvæsenet i et gensidigt forpligtende samarbejde.

Såvel Danske Regioner som Kommunernes Landsforening og PLO sætter i deres seneste udmeldinger på området fokus på en styrkelse af det tværsektorielle samarbejde.

I dette kapitel beskrives almen praksis' rolle i relation til det tværsektorielle samarbejde, herunder sammenhængen mellem sundhedsaftalerne og praksisplanen samt den videre proces i forbindelse hermed. Praksisplanen skal understøtte implementeringen af de kommende sundhedsaftaler, og praksisplanen vil derfor på dette punkt først kunne blive beskrevet, når de foreligger. I nærværende oplæg gives der en gennemgang af de nuværende sundhedsaftaler, ligesom der peges på indsatser i forbindelse med de kommende sundhedsaftaler.

Sundhedsaftaler

Almen praksis' rolle i det tværsektorielle samarbejde beskrives i sundhedsaftalerne. Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionens geografiske område og har til formål at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløb, som involverer flere sektorer.

Almen praksis er jf. sundhedslovens § 57 b stk. 2 forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen.

Der er en tæt sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen. Praksisplanen er således den ramme, der sikrer grundlaget for sundhedsaftalernes gennemførelse i forhold til almen praksis. De opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre i henhold til sundhedsaftalen, skal beskrives i praksisplanen, og følges op af en underliggende aftale i det omfang området ikke er omfattet eller reguleret i overenskomsten.

Generelt gælder, at alle aftaler om opgaver, der vedrører almen lægehjælp og udføres af almen praksis er omfattet af overenskomstens regler for indgåelse af aftaler. Det gælder uanset om der er tale om regionale eller lokale aftaler.

Almen praksis er ikke direkte aftalepart, men er en særdeles vigtig aktør i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen. Almen praksis' rolle i sundhedsaftalesamarbejdet sker gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget samt inddragelse i de arbejdsgrupper, der skal udarbejde forslag til sundhedsaftaler for de ovennævnte indsatsområder.

I henhold til Sundhedslovens § 204 og 205 indgås der sundhedsaftaler mellem regionerne og kommunerne, hvert 4. år, i starten af hver valgperiode.

Gældende sundhedsaftaler

I forhold til 2. generations sundhedsaftale, der gælder for perioden 2010 – 2014, er almen praksis' rolle beskrevet i Den generelle sundhedsaftale (www.sundhedsaftaler.rn.dk)

De nuværende sundhedsaftaler omfatter 6 obligatoriske områder:

1. Indlæggelses- og udskrivningsforløb
2. Træningsområdet
3. Hjælpemidler og behandlingsredskaber
4. Forebyggelse og sundhedsfremme – herunder borgerrettet forebyggelse
5. Mennesker med sindslidelse
6. Opfølgning på utilsigtede hændelse

Under hvert indsatsområde er det konkret beskrevet i sundhedsaftalen, hvilke opgaver parterne har i relation til de konkrete patientforløb (jf. Sundhedsaftaler i Praksis, februar 2011 - http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Almen-Praksis

Frivillige sundhedsaftaler - Den nordjyske Kronikermodel

Den nordjyske Kronikermodel har til formål at sikre en sammenhængende, integreret og meningsfuld indsats for borgere med kronisk sygdom. Indsatsen skal sikre, at der er tilbud til rådighed, der svarer til det sundhedsmæssige behov, den enkelte borger har. Det er hensigten, at borgerens egen mestring af livet med kronisk sygdom skal styrkes, jf. tankegangen omkring "patient empowerment". Indsatserne tilrettelægges i et integreret samarbejde mellem regionen, det kommunale sundhedsområde og almen praksis.

Der er indgået sygdomsspecifikke sundhedsaftaler omkring KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom), hjerte-karsygdomme, diabetes type 2 og demens med samtlige kommuner i regionen. Herudover er følgende aftaler i proces mellem parterne: muskel-skelet lidelser, skizofreni samt rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.

De sygdomsspecifikke sundhedsaftaler fastlægger rammerne for det hensigtsmæssige patientforløb for en given sygdomsgruppe med hensyn til sundhedsfaglige indsats, arbejdsdeling mv.

Sundhedsaftalerne og aftalerne om konkrete indsatser for kroniske patienter forventes videreført sammen med de nye sundhedsaftaler. Der skal derfor sikres et hensigtsmæssigt grundlag for dette.

Underliggende aftaler (§ 2 aftaler)

I tillæg til sundhedsaftalerne er der indgået særlige underliggende aftaler med PLO Nordjylland - § 2 aftaler[7] - om følgende initiativer, som primært knytter sig til den ældre medicinske patient.

- Aftale om samordnet demensudredning
- Lokal aftale om opfølgende hjemmebesøg i samarbejde med kommune
- Aftale om en forstærket indsats til forløbskoordinering af indsats over for skrøbelige ældre patienter

De involverede parter har været med til udvikling af såvel de obligatoriske sundhedsaftaler og frivillige aftaler, ligesom de er inddraget i implementering via tværsektorielle fora og faglige følgegrupper mv.

Øvrige udviklingsprojekter – børn- og ungeområdet
Desuden planlægges i 2014 igangsætning af to udviklingsprojekter målrettet udsatte børn og unge (godkendt af sundhedskoordinationsudvalget ultimo 2012 og udsat til forventet igangsætning 2014):

- Proaktiv og systematisk sikring af at alle 0 – 5-årige børn kommer til de forebyggende helbredsundersøgelser.
- Forløbsprogram for overvægtige børn og unge.

Sundhedsaftalen 2015 - 2018

Sundhedsaftalen 2015 - 2018 udvikles i 2014 og skal være gældende fra 2015. Sundhedsaftalen er en politisk aftale, og der udarbejdes desuden en administrativ sundhedsaftale, der konkretiserer den politiske aftale og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde inden for de obligatoriske indsatsområder.

Processen omkring udarbejdelse af sundhedsaftalerne planlægges gennemført i en tæt dialog mellem almen praksis, kommuner og region. Dette i en erkendelse af, at praktiserende læger spiller en stor rolle som borgerens tovholder i det primære og sekundære sundhedsvæsen. Det er derfor vigtigt, at almen praksis er med til udvikling af aftalerne, ligesom indholdet i sundhedsaftalerne skal være kendt af den enkelte praktiserende læge.

[7] Aftaler der indgås med PLO lokalt udover overenskomsten.

Sundhedsaftalen skal omfatte aftaler på (minimum) fire obligatoriske indsatsområder:

1. Forebyggelse
2. Behandling og pleje
3. Genoptræning og rehabilitering
4. Sundheds-IT og digitale arbejdsgange.

Kravene til sundhedsaftalerne er blandt andet at sikre en fortsat udvikling af borgernære sundhedstilbud, herunder et større og mere integreret samarbejde mellem almen praksis og kommunale tilbud. Derudover er der fokus på at sikre større sammenhæng for borgere, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder f.eks. patienter med psykisk lidelse, de ældre medicinske patienter samt patienter med kronisk sygdom. Endelig er der fokus på sundheds-IT og digitale arbejdsgange, som har til formål at sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Tids- og procesplanen for udvikling af 3. generations sundhedsaftale planlægges som følgende:

6. og 19. marts 2014	Det nye sundhedskoordinationsvalg igangsætter arbejdet med udvikling af den politiske sundhedsaftale
25. juni 2014	Første behandling i sundhedskoordinationsudvalget af udkast til Den Politiske Sundhedsaftale for perioden 2015 – 2018.
Juli – okt. 2014	Udkast til politisk sundhedsaftale i høring (juli-august). Sideløbende udvikles de underliggende sundhedsaftaler for de obligatoriske indsatsområder i tæt samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis. Sideløbende udvikles den underliggende aftale med de praktiserende læger om deres rolle m.v. i forbindelse med sundhedsaftalen.
24. oktober 2014	Sundhedskoordinationsudvalget behandler den samlede sundhedsaftale, og træffer beslutning om anbefaling til godkendelse i kommunalbestyrelser og regionsråd.
Nov. – dec. 2014	De administrative aftaler i politiske behandling i henholdsvis regionsråd og kommunalbestyrelser.
Ultimo jan. 2015	Politisk sundhedsaftale fremsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Som det fremgår af tidsplanen, er arbejdet med udvikling af den politiske sundhedsaftale er påbegyndt med nedsættelse af 4 faglige arbejdsgrupper og en fælles koordineringsgruppe. De 4 faglige arbejdsgrupper skal afrapportere til august 2014 med udkast til emner, der skal indgå sundhedsaftalen. Med afsæt i dette vil der i regi af praksisplanudvalget blive en drøftelse af, hvilke emner fra sundhedsaftalen, der skal overføres til praksisplanen.

Yderligere indsatser omkring almen praksis' rolle og opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde

Praksisplanen skal understøtte implementeringen af de kommende sundhedsaftaler, og praksisplanen vil derfor blive revideret, når de foreligger.

Der planlægges på denne baggrund følgende indsatser med henblik på at understøtte almen praksis i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

1. Systematisk opfølgning på og implementering af de opgaver, som almen praksis er forpligtede til at udføre i henhold til gældende sundhedsaftaler i regionen.

2. Fokus på styrkelse af almen praksis' rådgivning, supervision og tilgængelighed fra og til samarbejdspartere i sundhedsvæsenet vedrørende det konkrete patientforløb.

3. Fokus på styrkelse af sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne i forhold til medicinhåndtering og sygebesøg. Endvidere vil der være fokus på styrkelse af forebyggelse af uønskede graviditeter, bl.a. med det formål at nedbringe antallet af aborter.

4. Fokus på samarbejde omkring ressourceudnyttelse og opgavefordeling mellem sektorerne, herunder evt. flytning af opgaver fra almen praksis til kommunernes sundhedstilbud. Tidlig opsporing og henvisning til kommunale tilbud er centrale områder.

5. Systematisk inddragelse af borgernes og pårørendes perspektiver i processerne i relation til det tværsektorielle samarbejde

6. Temaerne fra sundhedsprofilerne vil blive indarbejdet i arbejdet med sundhedsaftaler[8].

7. En velfungerende almen praksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen er en forudsætning for øget sundhed, kvalitetsudvikling over tid, rationel brug af ressourcer samt udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen i Region Nordjylland.
   Der skal arbejdes videre med at lære af de gode erfaringer med henblik på at optimere borgerens vej gennem systemet. F.eks. gennem analyser af variationer i henvisninger til undersøgelser, behandlinger og indlægger på sygehusene, til kommunale tilbud samt til speciallægebehandling.

[8] I sundhedsprofilen oplyser borgerne om deres sundhedsadfærd i forhold til rygning, fysisk aktivitet, madvaner og alkoholforbrug, deres ønske om at ændre vaner, selvvurderet helbred, trivsel og kroniske sygdomme. Der er lavet sundhedsprofiler for hele landet, den enkelte region og den enkelte kommune. Sundhedsprofiler kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Indsatserne understøttes af kommunernes høringssvar, hvor der oplistes en række konkrete forslag til indsatsområder (vedlægges som bilag). Praksisplanudvalget vil belyse de konkrete forslag til indsatser, der fremgår af kommunernes høringssvar, idet disse vil blive medtaget i forbindelse med udarbejdelse af de kommende sundhedsaftaler.

Kapitel 6: Opsamling - yderligere indsatser i planperioden

Opsamling

I dette kapitel samles der op på de indsatser, praksisplanudvalget arbejder videre med i planperioden med henblik på at understøtte almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen:

- **Planlægning af lægedækningen**
- **Kapacitet og rekruttering**
- **Tilgængelighed**
- **Almen praksis' rolle og opgaver i det regionale sundhedsvæsen**
- **Almen praksis' rolle og opgaver i det tværsektorielle samarbejde - sundhedsaftaler**

Der beskrives ligeledes et oplæg til tidsplan for, hvornår i planperioden de enkelte indsatser planlægges igangsat.

Prioriteringen af indsatserne vil være nøje sammenhængende med de politiske visioner, der udvikles på området, og den konkrete udmøntning af områderne kan derfor først ske i takt med de politiske udmeldinger.

Område	**Yderligere indsatser som igangsættes af Praksisplanudvalget i planperioden**	**Forventet igangsætning af indsats**
Planlægning af lægedækningen	1. Sikring af opdateret viden Med henblik på at kunne handle på opdateret viden omkring udviklingen i kapaciteten i almen praksis, er det væsentligt, at praksisplanudvalget hvert år gennemfører en undersøgelse af kapaciteten, som nuværende kapacitetsundersøgelse. Det vil give udvalget vigtig information om status og om ændringer inden for de enkelte praksisområder. En viden, som er nødvendigt, hvis rekrutteringsinitiativer og lignede skal kunne tilpasses den aktuelle situation. 2. Lokale udfordringer	Igangsættes pt.

	Der skal udvikles profiler for de enkelte praksisområder med beskrivelse af kapaciteten fordelt inden for praksisområdet. Herunder data om populationens alder, sygdomsbyrde og livsstil. Profilerne er vigtige for at kunne identificere, om der er, eller synes at opstå, lægedækningsproblemer indenfor en kommune, selv om der samlet i kommunen synes at være tilstrækkelig kapacitet i lægedækningen. Der skal i beregningen af lægedækningen også tages hensyn til, at der skal være kapacitet i almen praksis til at rumme særlige behov eller indsatser hos nogle befolkningsgrupper. Kommunerne har i deres høringssvar blandt andet peget på behovet for lægedækning til borgere på aflastningsophold eller til akuttilbud i kommunerne. Profilerne skal inddrage forhold omkring kommunal planlægning, som kan være væsentlige i forhold til lægedækningen. 3. Fordeling af lægepraksis På baggrund af praksisområdeprofilerne skal der udvikles en overordnet strategi for placeringen af kapaciteten i almen praksis, særligt hvor det er vigtigt at sikre en fortsat almen lægekapacitet, og hvor der hensigtsmæssigt kan placeres praksis i fremtiden. Herunder skal lægedækningen i yderområderne sikres, og i det omfang det er muligt, skal det prioriteres, at borgeren har mulighed for at vælge mellem flere læger. I den forbindelse vil der blive arbejdet videre med at afdække hvilken rolle sundhedshuse kan spille i arbejdet med at sikre lægedækning. 4. Praksiskarakteristika og sikrede/ydelser Med henblik på udvikling af kapaciteten indenfor almen praksis vil praksisplansudvalget igangsætte en indsats, som beskæftiger sig med hvilke praksiskarakteristika, der ser ud til at påvirke kapacitet i praksis, og hvordan en udvikling af praksis med en højere kapacitet kan understøttes. En kapacitet som både kan omfatte flere borgere, men også bedre muligheder for indsatser over for særlige målgrupper. Som et led i indsatsen vil lægernes arbejdsvilkår og betydning for kapacite-	

	ten indgå. 5. Den indsamlede viden skal bruges systematisk som pejlemærke ved generationsskifte og ophør i de enkelte områder i regionens kommuner. Det foregår dels i Samarbejdsudvalget for almen læger, dels i praksisplanudvalget.	
Kapacitet og rekruttering	1. Bedre anvendelse af data fra spørgeskemaundersøgelsen vedr. ønsker på lægedækningsområdet. – kapacitetsundersøgelsen. 2. Et samarbejde omkring flytning af kapacitet syd for fjorden til ledige ydernumre nord for fjorden.	Igangsættes pt. efter aftale i Samarbejdsudvalget for almen læger.
Tilgængelighed	1. Undersøgelse af den konkrete tilgængelighed for borgerne i almen praksis. Herunder særligt fokus på følgende områder: - Tilgængelighed til lægen i praksis med mange tilmeldte borgere - Tilgængelighed i forhold til åbningstider, særligt muligheder for konsultation efter kl. 16 - Tilgængelighed i forhold til lægens muligheder for at tilse flere helbredsproblemer ved samme borger under konsultationen 2. Indsamling af ønsker fra borgerne til tilgængeligheden, herunder dialog med patientinddragelsesudvalget og informationer fra patienttilfredshedsundersøgelserne i praksis. 3. Opsamling på erfaring med nye modeller for tilgængelighed i praksis med henblik på at understøtte praksis med udvikling på området. 4. Yderligere bearbejdning af data omkring tilgængelighed for kommunerne samt opsamling på erfaringerne med de projekter, der er gennemført på området samt aftalerne vedrørende forløbskoordination. 5. God dialog og kommunikation viser god kvalitet samt effektivitet i sektorovergangene mellem praktiserende læge og kommunen. Der skal konkretiseres initiativer på området.	Igangsættes i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftaler og i øvrigt i 2015.

Almen praksis' rolle og opgaver i det regionale sundhedsvæsen	1. Udarbejdelsen af det samlede plangrundlag for det regionale sundhedsvæsen, herunder fastlæggelse af rollefordeling, understøttelse af almen praksis i diagnosticeringen og behandlingen af patienter i almen praksis, og almen praksis' inddragelse i den samlede kapacitet i det regionale sundhedsvæsen. 2. Opfølgning på planlægning af opgaver og kapacitet på det akutte område særligt med henblik på erfaringerne omkring samarbejdet mellem lægevagten og Fælles Akutmodtagelser (FAM), herunder visitationen til akutafsnit i regionen. 3. Opfølgning på aftaler omkring opgavefordelingen i det regionale sundhedsvæsen. Det kan have relevans bl.a. i forhold til den videre implementering af udredningsretten, nationale retningslinjer, pakkeforløb, opgaveoverdragelse, herunder i epikriser. Det psykiatriske område vil indgå som en del af dette arbejde. 4. Opfølgning i forhold til sygehusenes understøttelse af diagnostik og behandling i almen praksis. 5. Videre arbejde med implementering af elementer i kvalitetsstrategien for almen praksis, herunder også arbejdet med variation og kapacitet i behandlingen i almen praksis. 6. Det samlede patientforløb skal sættes i centrum og almen praksis skal i den samlede sundhedsplan understøttes i almen praksis' kerneværdier, herunder rollen som patientens tovholder og rollen som generalist, og at almen praksis fortsat kan afslutte hovedparten af patientkontakter i almen praksis. 7. Systematisk inddragelse af borgernes input til forbedringer i udviklingen på området, herunder opsamling på de informationer om borgernes oplevelser der fremkommer ved tilfredshedsmålinger i alle sektorer.	Planlægges i overensstemmelse med tidsplan for de samhørende processer, herunder i forbindelse med regionens samlede sundhedsplan. Opgaver som prioriteres højt af praksisplanudvalget kan løbende igangsættes.
Almen praksis' rolle og opgaver i det	1. Systematisk opfølgning på og implementering af de opgaver som almen praksis er forpligtede til	Planlægges i overensstemmelse med

tværsektorielle samarbejde - sundhedsaftaler	at udføre i henhold til gældende sundhedsaftaler i regionen, under forudsætning af at der er indgået underliggende aftaler. 2. Fokus på styrkelse af almen praksis' rådgivning, supervision og tilgængelighed fra og til øvrige samarbejdsparter i sundhedsvæsenet vedrørende det konkrete patientforløb. 3. Fokus på styrkelse af sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne i forhold til tilgængelighed, herunder hvordan almen praksis og kommunale medarbejdere er tilgængelige for hinanden, samt i forhold til medicinhåndtering og sygebesøg. Endvidere vil der være fokus på styrkelse af forebyggelse af uønskede graviditeter, bl.a. med det formål at nedbringe antallet af aborter. 4. Fokus på samarbejde omkring ressourceudnyttelse og opgavefordeling mellem sektorerne, herunder evt. flytning af opgaver fra almen praksis til kommunernes sundhedstilbud. Tidlig opsporing og henvisning til kommunale tilbud er centrale områder. 5. Systematisk inddragelse af borgernes og pårørendes perspektiver i processerne i relation til det tværsektorielle samarbejde. 6. Temaerne fra sundhedsprofilerne vil blive indarbejdet i arbejdet med sundhedsaftaler. 7. En velfungerende almen praksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen er en forudsætning for øget sundhed, kvalitetsudvikling over tid, rationel brug af ressourcer samt udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen i Region Nordjylland. Der skal arbejdes videre med at lære af de gode erfaringer med henblik på at optimere borgerens vej gennem systemet. F.eks. gennem analyser af variationer i henvisninger til undersøgelser, behandlinger og indlægger på sygehusene, til kommunale tilbud samt til speciallægebehandling.	tidsplan for sundhedsaftaler. Medio 2014 – primo 2015. Opgaver som prioriteres højt af praksisplanudvalget kan løbende igangsættes, eksempelvis i forbindelse med de eksisterende sundhedsaftaler.i

Bilagsoversigt

- Høring af kommunen i forbindelse med udarbejdelse af praksisplan vedrørende almen praksis, 17. dec. 2014
- De nordjyske kommuners svar på høring i forbindelse med udarbejdelse af praksisplan vedrørende almen praksis, 17. jan. 2014
- Spørgeskema til praktiserende læger i forbindelse med udarbejdelse af ny praksisplan, udsendt 14. januar 2014
- Opsamling på survey i forbindelse med praksisplan 2014 - 2017
- Høringssvar praksisplan – kommuner
- Høringssvar – PLO Nordjylland
- Høringssvar – Sundhedskoordinationsudvalget
- Høringssvar – Sundhedsbrugerrådet
- Høringssvar – Samarbejdsudvalg for almen læger
- Opsamling høringssvar praksisplan 2014-2017
- Sundhedsstyrelsens rådgivning vedr. oplæg til praksisplan 2014-2017 for almen praksis – Region Nordjylland
- Lægedækningsberegning 2013, jan. 2014
- Samarbejdsudvalget for almen lægers strategi i forbindelse med rekruttering, Tillæg til Praksisudviklingsplan 2012 – 2015
- Notat om styrkelse af samarbejdet imellem Region og PU for at styrke almen praksis som et integreret omdrejningspunkt i det nordjyske sundhedsvæsen
  Sundhedsaftaler i Praksis, februar 2011. Pjecen kan findes på regionens hjemmeside: http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Almen-Praksis

Til kommunerne i Region Nordjylland

Høring af kommunen i forbindelse med udarbejdelse af praksisplan vedrørende almen praksis

Primær Sundhed
Kontor for almen praksis

Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
Tlf.: 9764 8000
Fax: 9764 8335
www.rn.dk

Fuldmægtig
Heidi Trap
Direkte: 9764 8309
ht@rn.dk

Ref.: Heidi Trap

Sagsnummer:
2013-019169

17. december 2013

Hermed fremsendes høringsbrev til kommunen i forbindelse med udarbejdelse af praksisplan vedrørende almen praksis.

De kommunale sundhedsdirektørers forretningsudvalg har anbefalet, at den kommunale koordineringsgruppe vedrørende praksisplan giver et samlet administrativt høringssvar. Kommunerne er velkomne til derudover at afgive høringssvar. Det skal dog bemærkes, at der arbejdes inden for en kort tidsfrist, idet den første praksisplan efter den nye lovgivning skal foreligge den 1. maj 2014.

Set i lyset af den korte tidsfrist er det mellem parterne i Region Nordjylland besluttet at påbegynde processen, inden der er sket en konstituering af de kommunale repræsentanter til praksisplanudvalget.

Baggrund

Ifølge lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, skal der i hver valgperiode udarbejdes en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan. Praksisplanen udarbejdes af praksisplanudvalget, der består af kommunale og regionale medlemmer, samt medlemmer udpeget blandt praktiserende læger.

Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og praktiserende læger. Tanken er, at praksisplanen skal understøtte almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.

På denne baggrund iværksættes hermed den høringsproces blandt kommunerne i regionerne, der ifølge lovgivningen skal ske forud for udarbejdelse af praksisplanen. Ligeledes iværksættes en høring blandt de lægepraksis i regionen, der har ydernummer.

Formålet med høringen er at få relevante forslag fra almen praksis og kommuner til indholdet af den kommende praksisplan, herunder viden om særlige udfordringer som bør håndteres.

Inden vedtagelsen af praksisplanen skal der ifølge lovgivningen ske en høring af patientinddragelsesudvalget, en forelæggelse for sundhedskoordinationsudvalget samt en forelæggelse for Sundhedsstyrelsen.

Herudover forventes det, at der vil ske en høring af de relevante høringsparter, som det har været tilfældet ved den eksisterende Praksisplan (2012-2015), herunder kommuner og PLO. Der skal ske en endelig godkendelse af praksisplanen i Regionsrådet.

Praksisplanen skal understøtte implementeringen af de kommende sundhedsaftaler, og praksisplanen vil derfor blive revideret, når de foreligger.

Indhold

Praksisplanen skal beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, hvordan den nødvendige lægedækning sikres i alle egne af regionen, og hvordan kvalitetssikring og -udvikling af almen praksis sikres. Herudover beskrives den strukturelle udvikling og betydning for opgavevaretagelsen i almen praksis, idet der tages højde for tilrettelæggelsen af almen praksis i sammenhæng med udviklingen i det samlede sundhedsvæsen.

Det indtænkes som noget centralt, at borgernes og pårørendes perspektiver inddrages i udviklingen af sundhedsvæsenet. Planen skal understøtte det tværsektorielle samarbejde i de borgernære sundhedstilbud, herunder at almen praksis og borgere samarbejder om sundhed og behandling.

Af Sundhedsloven mv. fremgår følgende emner som skal indgå i praksisplanarbejdet.

- **Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde**

Herunder sammenhæng mellem sundhedsaftaler og praksisplanen. De opgaver som almen praksis forpligtes til at udføre jf. sundhedsaftalerne, beskrives i praksisplanen og følges op af en underliggende aftale mellem kommuner, region og PLO om vilkårene for de praktiserende lægers forpligtelse.

Det er særligt beskrevet, at der kan være behov for styrkelse af sammenhængen mellem almen praksis og kommunerne omkring tilgængelighed, medicinhåndtering og besøg, herunder patienter der opholder sig på kommunale tilbud.

- **Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen**

Praksisplanen udgør en del af regionens sundhedsplan, og der skal i praksisplanen sikres sammenhæng til det øvrige regionale sundhedsvæsen. Praksisplanen beskriver almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder den fortsatte udvikling af almen praksis i takt med det øvrige sundhedsvæsen. Beskrivelsen kan tage udgangspunkt i patientgruppe og/eller indsatser, som praksisplanudvalget vælger at have fokus på med henblik på at styrke almen praksis' opgavevaretagelse.

- **Lægedækning og tilgængelighed**

Et væsentligt formål med praksisplanen er at sikre, at den nødvendige lægekapacitet er til stede i alle regionens områder. Parterne bag praksisplanlægningen har sammen ansvaret for at sikre tilstrækkelig lægedækning i hele regionen og samtidig fastholde og udvikle nye muligheder for bedst muligt at sikre borgernære sundhedstilbud.

Praktiske oplysninger

Høringssvaret bedes være regionen i hænde **senest den 21. januar 2014** og sendes til fuldmægtig Heidi Trap, mail ht@rn.dk

Ved spørgsmål kan Heidi Trap ligeledes kontaktes pr. mail eller telefon 9764 8309. I er også velkomne til at kontakte kontorchef Charlotte Larsen, mail cl@rn.dk, telefon 9764 8305.

Region Nordjylland ser frem til det videre samarbejde omkring praksisplan og udviklingen på praksisområdet.

Med venlig hilsen

Henrik Houmøller Sprøgel
Afdelingschef

AALBORG KOMMUNE

Primær Sundhed
Kontoret for almen praksis
Fremsendt via email til ht@rn.dk

De nordjyske kommuners svar på høring i forbindelse med udarbejdelse af praksisplan vedrørende almen praksis

17. januar 2014

Sagsnr.:
2013-39053
Dok.nr.:
2013-410031
Init.: LL
EAN nr.:
5798003743066

Dette høringssvar sammenfatter alle de nordjyske kommuners bidrag i forbindelse med 1. høring ved udarbejdelse af ny praksisplan. Høringssvaret er bygget op omkring høringsbrevets tre overordnede emner. I forhold til det tværsektorielle samarbejde er høringsvaret underopdelt i fire obligatoriske indsatser. Indsatsområder som fremgår i vejledningen om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Det fælles høringssvar er foranlediget af beslutning på mødet i de kommunale sundhedsdirektørers forretningsudvalg d. 13.12.13. Her blev det samtidig tilkendegivet, at kommunerne desuden er velkomne til at afgive høringssvar.

- ***Almen praksis opgaver i det tværsektorielle samarbejde***

1. **Indsatsområde 1: Forebyggelse**
    1. Udrulning af fælles demensudredningsplan
    2. Bedre dialog på småbørnsområdet. Eksempelvis vedrørende bekymringsbørn og ved 5. års undersøgelsen

2. **Indsatsområde 2: Behandling og pleje**
    1. Bedre muligheder for hurtig dialog (træffetider, telefontider og sikring af læsning af edifact)
    2. Opbakning til opfølgende hjemmebesøg og medicinhåndtering
    3. Opbakning til eksisterende sundhedsaftale for unge med psykiske lidelser
    4. Opbakning til eksisterende sundhedsaftale og samarbejde om sindslidende voksne borgere
    5. Overholdelse af aftaler og tidsfrister ved attester i relation til familiebeskæftigelsesområdet
    6. Nedbringelse af ventetider på generelle helbredserklæringer vedr. udarbejdelse af integrationsplaner for flygtninge, som følge af ny lov pr. 1.7.13.
    7. Medvirken i forløbskoordinering og audits
    8. Medvirken ved medicinafstemning / årlig medicingennemgang, især for borgere på plejecentre
    9. Almen praksis afviser borgerens stabile medicin godkendt til dosispakket medicin. Eksempelvis Marevan (blodfortyndende præparat)
    10. Nyt samarbejde om smertebehandling
    11. Behov for urinprøvetagning af egen læge hos borgeren
    12. Bedre samarbejde om de ledige. Egen læge og jobcentre ikke samme dagsorden

Økonomiafsnittet i SBU Rantzausgade 4 9931 3131
9000 Aalborg

13. Vederlagsfri fysioterapi som frikommuneforsøg kan kun lykkedes med samarbejde med praktiserende læger (Vesthimmerland)

3. **Indsatsområde 3: Genoptræning og rehabilitering**
    1. Øget antal henvisninger til borger- og patientrettede rehabiliterings-tilbud fra egen læge
    2. Nedbringelse af ventetider på udfærdigelse af LÆ 265 attest til re-habiliteringsteamet
    3. Bedre samarbejde om henvisninger til sygehus ved komplikationer under genoptræningsforløbene
    4. Behov for tættere kommunikation mellem egen læge og Sundheds-center ved borgere i rehabiliteringsforløb. Eksempelvis blodprøve-svar se også indsatsområde 4. Egen læge kræver ofte skriftlig sam-tykke.

4. **Indsatsområde 4: Sundheds-IT og digitale arbejdsgange**
    1. Mulighed for automatisk fremsendelse af blodprøvesvar (HbA1c) fra borgere aktive i forløb på Sundhedscenter fra egen læge og andre.

5. **Udenfor indsatsområder eller fælles for alle**
    1. Behov for forpligtende aftaler med lægerne i sundhedsaftalerne
    2. Styrkelse af KLU'ernes opgaver og ansvar
    3. Styrkelse af praktiserende lægers kendskab til nye opgaver, eksem-pelvis: TeleCare Nord og telesår
    4. Ønsker om tættere samarbejde mellem praksiskonsulenterne og PLO

- ***Almen praksis opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen***
  Ingen bemærkninger.

- ***Lægedækning og tilgængelighed***
    1. Lægedækning af borgere i aflastning og i akuttilbud
    2. Reelt frit lægevalg med muligheder for at vælge mellem flere læger
    3. Lægedækning i yderområder, f.eks. afskaffelse af 15 km grænse

Høringsbidragene er for overskuelighedens skyld anført i punktform. Uddybning af punkterne kan måske ske i den administrative arbejdsgruppe vedrørende praksisplanen.

På vegne af den kommunale
koordineringsgruppe vedr. praksisplan

Lars Lund
Konsulent

9931 1968
ll-sbu@aalborg.dk

Spørgeskema til praktiserende læger i forbindelse med udarbejdelse af ny praksisplan (udsendt 14. januar 2014)

Formålet med nærværende høring er at få relevante data og forslag fra praktiserende læger til den kommende praksisplan.

Spørgeskemaet tager 5-10 minutter at besvare. I praksisplanen vil besvarelserne ikke kunne identificeres til den enkelte svarperson, hvorfor besvarelse af spørgeskemaet kan betragtes som anonymt.

Tak for at du vil deltage.

Faktuelle oplysninger

1. Dit fulde navn

_ _

2. Praksisnavn

_ _

3. Ydernummer

_ _

4. Egen e-mailadresse

_ _

5. Praksis e-mailadresse

_ _

Lægedækning og tilgængelighed

6. Har du arbejdsopgaver uden for praksis tilknyttet faget?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej - Gå til 9
❑	❑

7. Hvilket arbejde? (Angiv gerne flere svar)

(Angiv gerne flere svar)

Konsulent - kommune	Konsulent - region	Undervisning
❑	❑	❑

Andet

_ _

_ _

_ _

8. Månedligt gennemsnitligt timetal (ca.)?

(Angiv værdi)

❑ _ _ _ _ _ _

9. Deltager du i vagtarbejdet?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej
❑	❑

10. Er der ansatte læger i din/jeres praksis?

(Angiv kun ét svar)

Ja - Gå til 11	Nej - Gå til 12
❑	❑

11. Under hvilke ansættelsesforhold har praksis ansatte læge(r)? - Gå til 10

(Angiv gerne flere svar)

Speciallæge i almen medicin ansat i praksis	Speciallæge i almen medicin ansat med henblik på kompagniskab	Speciallæge i almen medicin ansat som vikar ved læges fravær
❑	❑	❑

Andre

_____

_____

_____

12. Hvad kunne være til hinder for at ansætte læger (eksempelvis strukturelle forhold)?

_____

_____

_____

13. Er der praksispersonale i praksis?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej - Gå til 15
❑	❑

14. Hvilke faggrupper samt antal personer (ikke normering)?

	Antal
Lægesekretær(er)	_____
Sygeplejerske(r)	_____
Bioanalytiker(e)	_____

Andre faggrupper og antal

_ _

_ _

_ _

Ønsker og behov til den fremtidige arbejdssituation

15. Har du et ønske om at ændre den måde, du driver praksis på?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej - Gå til 19
❑	❑

16. Hvilken ændring?

(Angiv kun ét svar)

Enkeltmands-praksis	Kompagniskabs-praksis	Netværks-praksis	Samarbejds-praksis	At flytte til fællesskab med andre læger (sundhedshus/behandlerhus)
❑	❑	❑	❑	❑

17. Hvad er motivet for ønsket om denne ændring?

_ _

_ _

_ _

18. Hvad gør det vanskeligt at ændre?

_ _

_ _

_ _

Fastholdelse og rekruttering

19. Har du konkrete planer om at ophøre i praksis inden for de næste 5 år?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej - Gå til 22
❑	❑

20. Hvilket årstal?

(Angiv kun ét svar)

2014	2015	2016	2017	2018
❑	❑	❑	❑	❑

21. Hvad kunne få dig til at udskyde dit ophør/din pension?

_ _

_ _

_ _

22. Har du i øvrigt forslag til involvering af almen praksis i forbindelse med lægedækningsproblemer?

_ _

_ _

_ _

Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde

Praksisplanen skal beskrive udmøntningen af sundhedsaftaler og den underliggende aftale med almen praksis. Under aftalen om ”den ældre medicinske patient” er der tiltag i 2014, der øger samarbejdet omkring den sårbare ældre patient.

23. Har du kendskab til, at der fra kommunen etableres tilbud om, at en patient kan få tilsyn af en hjemmesygeplejerske indenfor 2 timer?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej
❑	❑

24. Har du kendskab til §2 aftale om, at der efter udskrivelse kan etableres opsøgende hjemmebesøg?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej
❑	❑

25. Har du kommentarer til samarbejdet omkring den ældre medicinske patient?

____

____

____

26. I samarbejdet med hjemmesygeplejen er tilgængelighed en væsentlig faktor (fx ift. medicinbestilling, anmodning om konsultation/sygebesøg, besvarelse af korrespondancer).

Hvilke kontaktmuligheder har din/jeres praksis for kommunale medarbejdere?

(Angiv gerne flere svar)

Mulighed for henvendelse i telefonkon-sultationstiden	Mulighed for henvendelse udenom konsultations-telefon via korrespondance - meddelse/edifac t	Mulighed for henvendelse udenom konsultations-telefon via mail	Mulighed for henvendelse udenom konsultations-telefon via direkte telefon til lægen	Mulighed for henvendelse udenom konsultations-telefon via direkte telefon til klinikpersonale	Mulighed for direkte telefonisk henvendelse til lægen i særlige presserende tilfælde
❑	❑	❑	❑	❑	❑

Almen Praksis' opgaver i relation til det regionale sundhedsvæsen

Praksisplanen skal beskrive almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder den fortsatte udvikling af almen praksis i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.

27. Har du brug for udvidelse af diagnostiske henvisningsmuligheder?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej
❑	❑

28. Har du forslag eller kommentarer i øvrigt?

____

____

____

29. Det er hensigten i det sammenhængende sundhedsvæsen, at opgaveflytninger mellem parterne skal foregå efter underliggende aftaler, herunder forløbsbeskrivelser.

Har du kendskab til opgaveflytninger, der har fungeret godt?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej - Gå til 31
❑	❑

30. Har du eksempler på opgaveflytninger?

____

____

____

31. Har du kendskab til opgaveglidninger uden aftaler?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej - Gå til 33
❑	❑

32. Har du eksempler på opgaveglidninger?

_ _

_ _

_ _

33. Har du forslag til opgaver, der hensigtsmæssigt kan flyttes mellem parterne?

_ _

_ _

_ _

Differentieret henvisning

Det er hensigten i det sammenhængende sundhedsvæsen, at den gode henvisning og den gode epikrise anvendes. Det vil snart være teknisk muligt at indføre differentieret henvisning, således at afdelingen kan indføre ønsker til oplysninger i Med-Com henvisningen (i stedet for som nu hvor henvisningskrav ligger på sundhed.dk)

34. Mener du, at indføring af differentieret henvisning er en forbedring?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej
❑	❑

35. Har du i øvrigt kendskab til forhold, hvor henvisningsrutiner kan forbedres?

____

____

____

36. Har du tilstrækkelig information om sygehusplanlægning i forbindelse med, hvor henvisninger skal rettes hen?

(Angiv kun ét svar)

Ja	Nej
❑	❑

37. Har du i øvrigt kendskab til forhold, hvor epikriseforløb kan forbedres?

____

____

____

38. Fungerer patientrelateret opgaveoverdragelse?

(Angiv gerne flere svar)

Ja	Nej
❑	❑

Eventuel kommentar

____

____

____

39. Har du viden om særlige udfordringer, som bør håndteres?

(Angiv gerne flere svar)

Ja	Nej

❑ ❑

Eventuel kommentar

____

____

____

Afslutning

Tak for at du ville besvare spørgeskemaet.

Har du eventuelle kommentarer?

____

____

____

Tryk på "næste" for at afslutte.

MVK / den 28. marts 2014

Notat - Opsamling på survey ifm. Praksisplan 2014-2017

I dette notat samles der op på spørgeskemaundersøgelsen, der blev gennemført i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplan 2014-2017. Opsamlingen indledes med en teknisk præsentation af survey'en, hvorefter der laves frekvensanalyser/opsamling for hvert enkelt spørgsmål.

Teknisk gennemgang
Spørgeskemaet er elektronisk og indeholder spørgsmål om både praksis og den enkelte praktiserende læge. Alt efter besvarelse varierer antallet af spørgsmål, men det maksimale antal spørgsmål, som respondenten er stillet, er 39.

Indhentning af svar)
Spørgeskemaet blev udsendt til alle praktiserende læger i regionen på nær læger i regionsklinikkerne. Tidsperspektivet er som vist nedenfor.

Tid	*Type*
14. januar	Start
16. januar	1. rykker
20. januar	2. rykker
21. januar	Slut

Indkomne svar)
Svarene fordeler sig på gennemførte, ufuldstændige og ikke-svar.

Fordeling af svar	*Antal*
Gennemført	221
Ufuldstændig	10
Ikke-svar	106
I alt	337

Statussen "ufuldstændig" dækker over respondenter, der har påbegyndt spørgeskemaet men ikke afsluttet det. For at indgå i statistikken gælder, at respondenten har svaret på minimum halvdelen af spørgeskemaet. Fordelingen er som vist nedenfor.

Ufuldstændige	*Antal*
Midtvejs	2
Sidste halvdel	5
Mangler 'afslut'	3
I alt	10

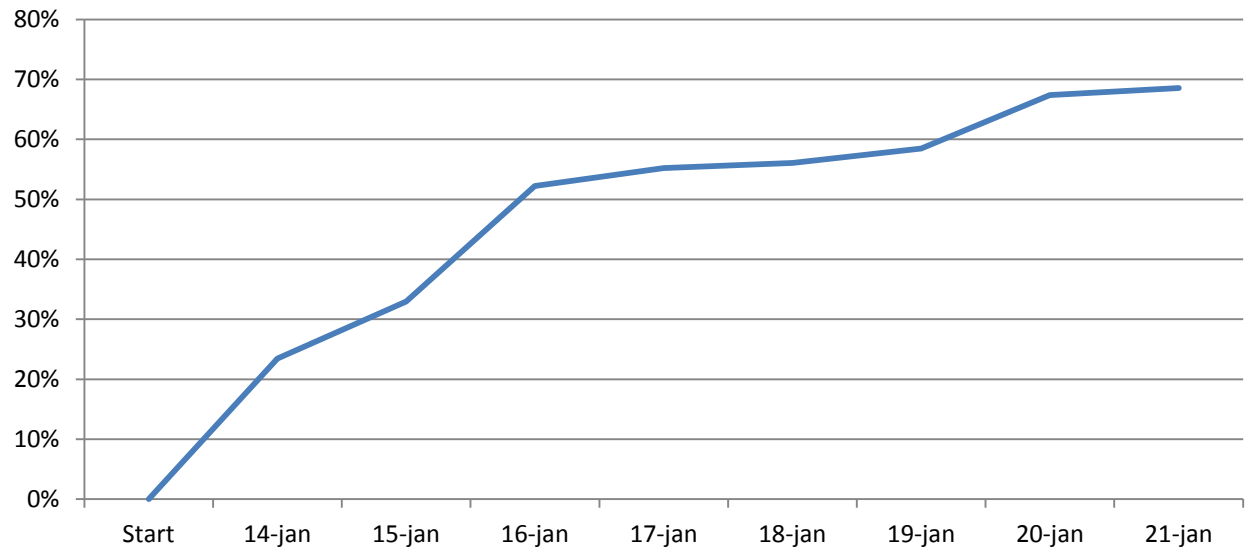
Som det ses er 7 sprunget fra undervejs, imens 3 reelt har gennemført spørgeskemaet, men mangler at registreret sin besvarelse som 'afsluttet'.

Ved inddragelse af de ufuldstændige besvarelser giver survey'en en svarprocent på 68,5.

Svarprocent (læger)	*Antal*	*Andel*
Svaret (n)	231	68,5%
Ikke svaret	106	31,5%
Total (N)	337	100%

Nedenstående figur viser den akkumulerede andel af svar for hver dag survey'en forløb.

Figur 1 – Andel indkomne svar fordelt på dato (januar 2014)



Imens der for analyser på lægeniveau er behov for hver enkelt læges besvarelse, da er der ved analyser på praksisniveau kun behov for én læges besvarelse fra hver praksis. Som det ses ved nedenstående tabel fører til det en højere svarprocent.

Svarprocent (praksis)	*Antal*	*Andel*
Svaret	147	81,7%
Ikke svaret	33	18,3%
Total	180	100%

Generaliserbarhed)
Et af de væsentlige aspekter ved brugen af survey'en i Praksisplanen er, hvorvidt der med rimelighed kan generaliseres fra survey til population, og dermed fra de 68,5 procent af de praktiserende læger, der har svaret på spørgeskemaet, og til alle 100 procent. Svarprocenten siger ikke i sig selv noget om generaliser-

barheden, men som udgangspunkt forbedres generaliserbarheden i takt med højere svarprocent, idet muligheden for skævvridning formindskes.

For at der med rimelighed kan generaliseres fra survey til population må respondenternes karakteristika ikke være (mærkbart) forskellige fra populationens. Til at undersøge om det er tilfældet i denne survey, ses der på aldersfordeling og praksisform, da disse parametre formodes at have betydning for de relevante opgørelser.

Alder (læger)	*Gns. år*	*Andel 60+*
Svaret	54,29	35,5%
Ikke svaret	54,46	38,7%
Total	54,34	36,5%

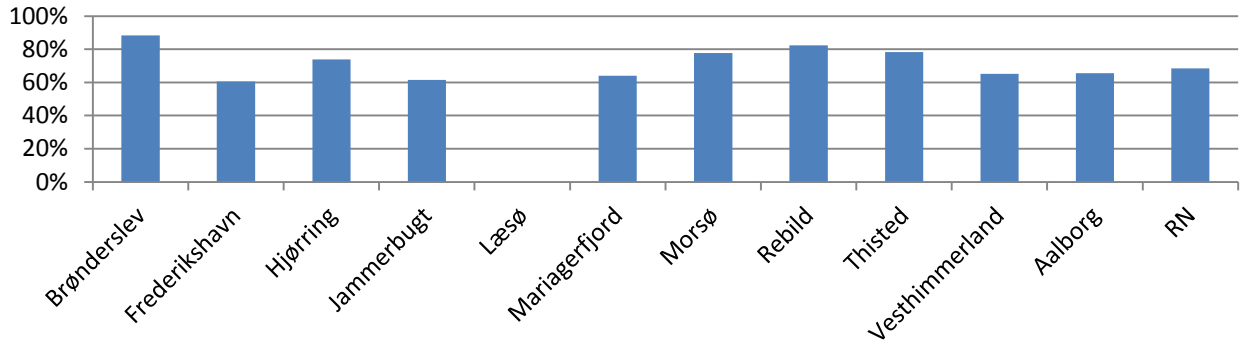
Det ses på aldersfordelingen, at der er meget stor lighed mellem gruppen af respondenter og gruppen af læger, der ikke har svaret på spørgeskemaet.

Praksisform (læger)	*Delepraksis*		*Enkeltmandspraksis*		*Kompagniskabspraksis*	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Svaret	7	3,0%	66	28,6%	158	68,4%
Ikke svaret	4	3,8%	27	25,5%	75	70,8%
Total	11	3,3%	93	27,6%	233	69,1%

På samme vis som ved aldersfordelingen er der meget stor lighed mellem de to grupper, når det kommer til, i hvilken praksisform de er placeret. Der er dermed ikke noget, der tyder på en skævvridning i survey'en, når svarene ses på regionalt niveau.

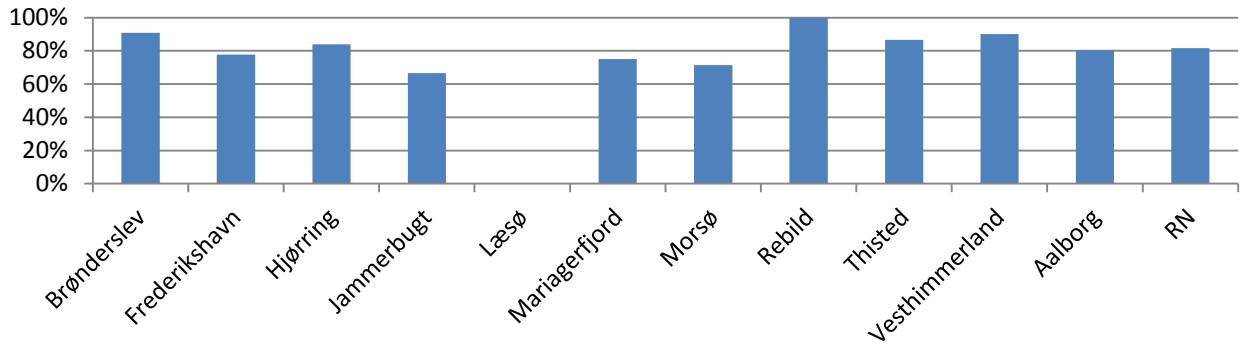
Kommunal fordeling)
Fordelingen på kommunalt plan er også relevant for flere af opgørelserne i praksisplanen. Derfor ses der i nedenstående figur på svarprocenten fordelt på kommuner.

Figur 2 – Svarprocent (læger) fordelt på kommuner



n = 231.

Figur 3 - Svarprocent (praksis) fordelt på kommuner



n = 147.

Det ses af figurerne, at fordelingen af svar varierer, og nogle kommuner er således bedre repræsenteret i survey'en end andre. Helt ude af survey'en er Læsø.

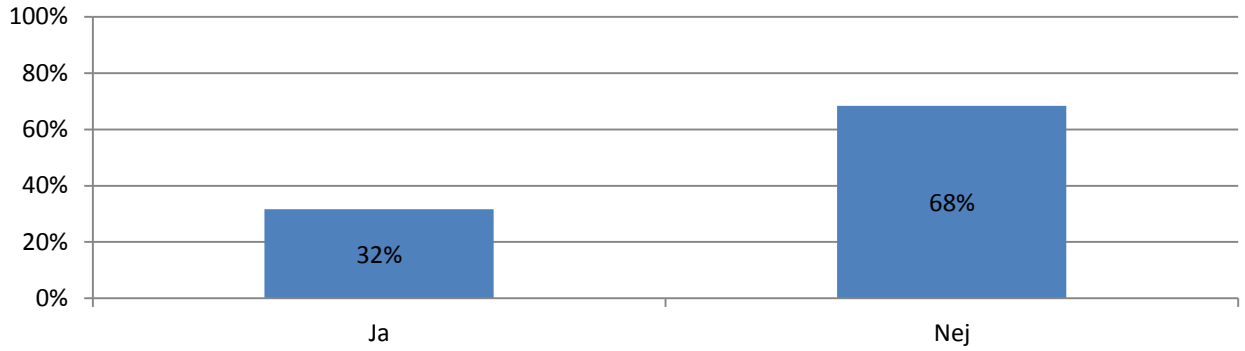
Det er ikke meningsfyldt at lave en prøve af generaliserbarheden for hver kommune, da antallet af læger er for småt, og der derfor er væsentlig risiko for en skævvridning pga. individuelle forhold - selvom analysen potentielt ville vise, at der ikke var væsentlige forskelle i karakteristika mellem svar/ikke-svar. Generaliserbarhed fra survey'ens resultater på kommunalt plan skal derfor håndteres varsomt og med forbehold, imens det er rimeligt at generalisere på regionalt plan jf. ligheden på alder og praksisform og det store antal respondenter.

Frekvensanalyser/opsamling

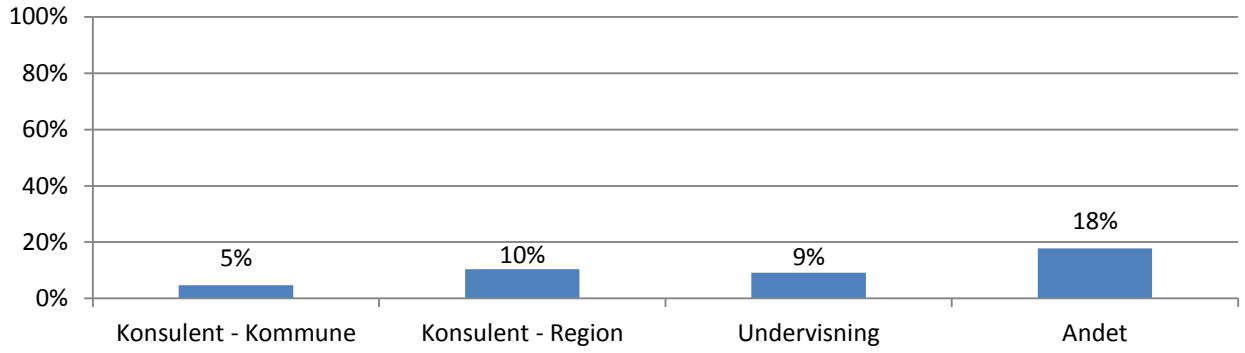
I det følgende laves der frekvensanalyser for hvert enkelt spørgsmål fra survey'en. Svar der er kodede vises grafisk, imens svar på åbne spørgsmål (tekst) er opsummeret. Opsummeringerne er ikke udtømmende, men er en kvalitativ gennemgang af spørgsmålene.

Spørgsmål 1-5 i spørgeskemaet er baggrundsoplysninger, hvorfor følgende gennemgang starter fra spørgsmål 6.

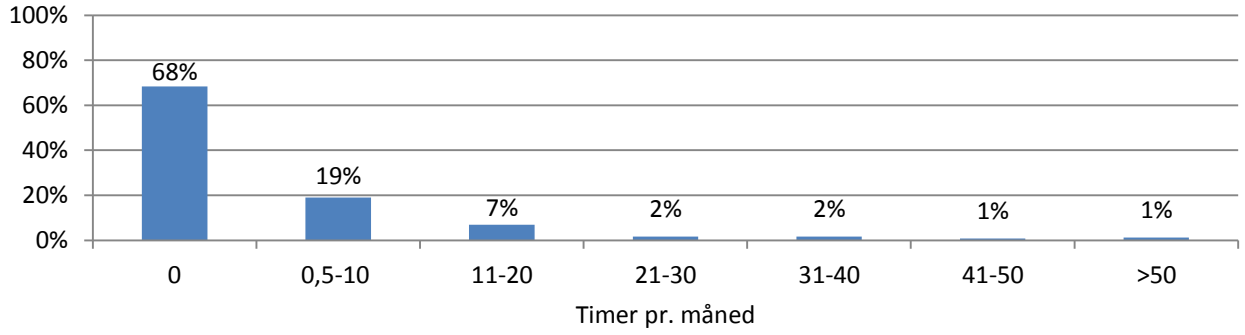
Spørgsmål 6. Har du arbejdsopgaver uden for praksis tilknyttet faget? (n=231)



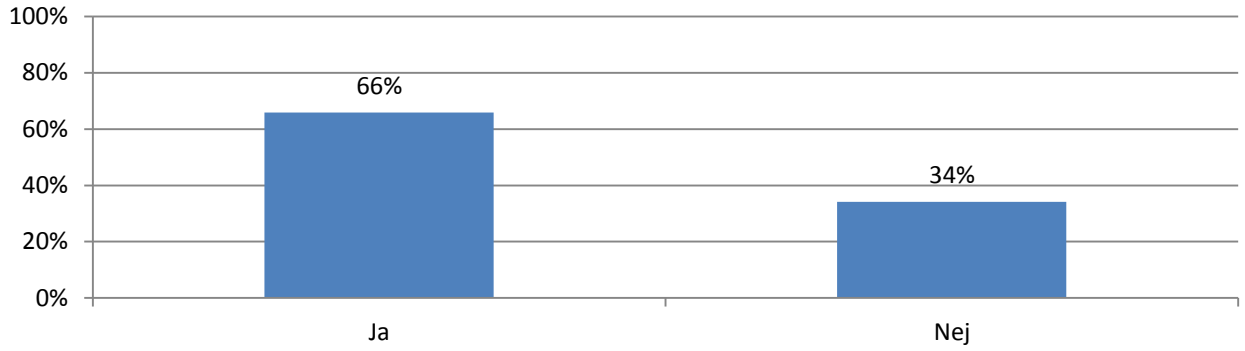
Spørgsmål 7. Hvilket arbejde? (n = 231)



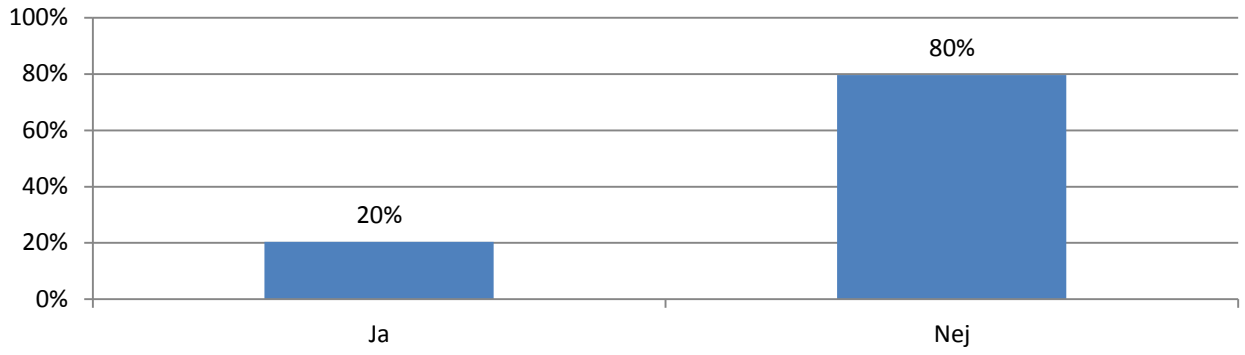
Spørgsmål 8. Månedligt gennemsnitligt timetal (ca.)? (n=231)



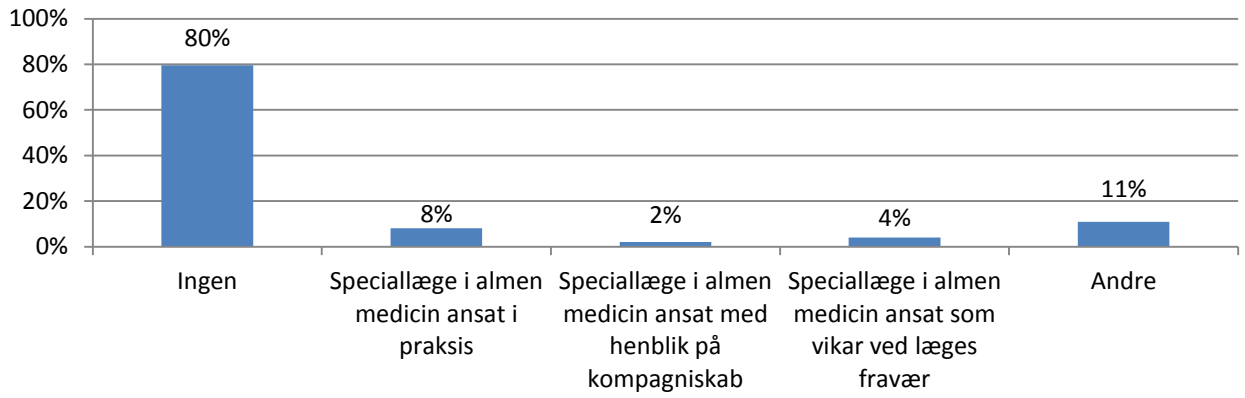
Spørgsmål 9. Deltager du i vagtarbejde? (n=231)



Spørgsmål 10. Er der ansatte læger i din/jeres praksis? (n=147)



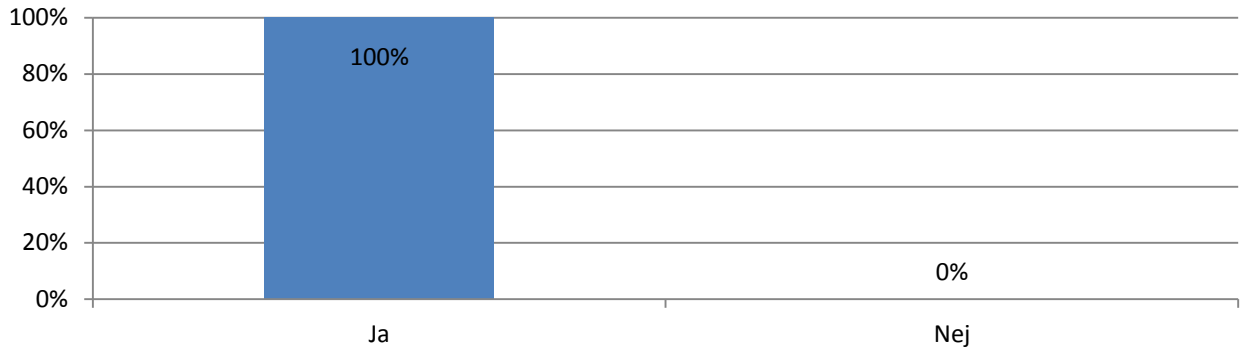
Spørgsmål 11. Hvilke læger? (n=147)



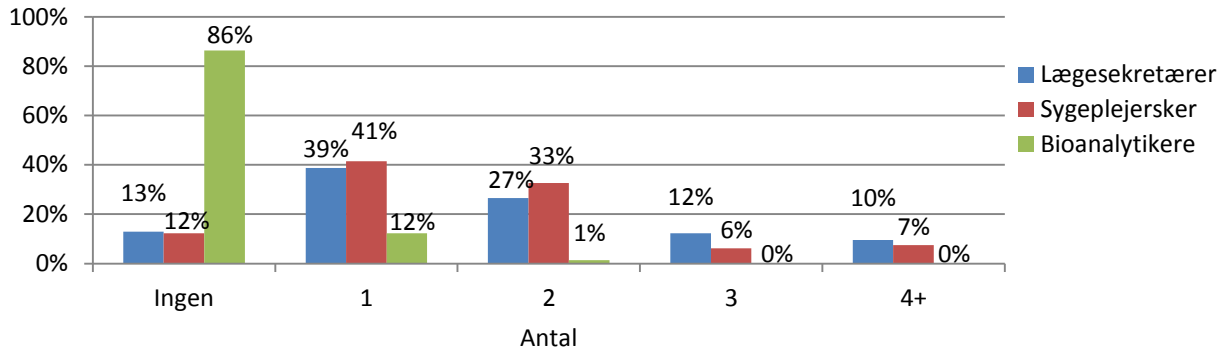
Spørgsmål 12. Hvad kunne være til hinder for at ansætte læger (eksempelvis strukturelle forhold)?

1) Der er ikke behov for at ansætte læger
2) Ikke fysisk plads til flere læger i praksis
3) Ingen ledige (kompetente) læger at ansætte, eller ingen læger der ønsker stilling i yderområde
4) Ikke økonomi til at ansætte flere læger
5) Foretrækker kompagnon frem for ansat læge (ikke ønske om chef/ansat-rolle og frygt for mindre engagement hos ansat end ejer)
6) Usikkerhed for overenskomstmæssige forhold
7) Foretrækker solopraksis

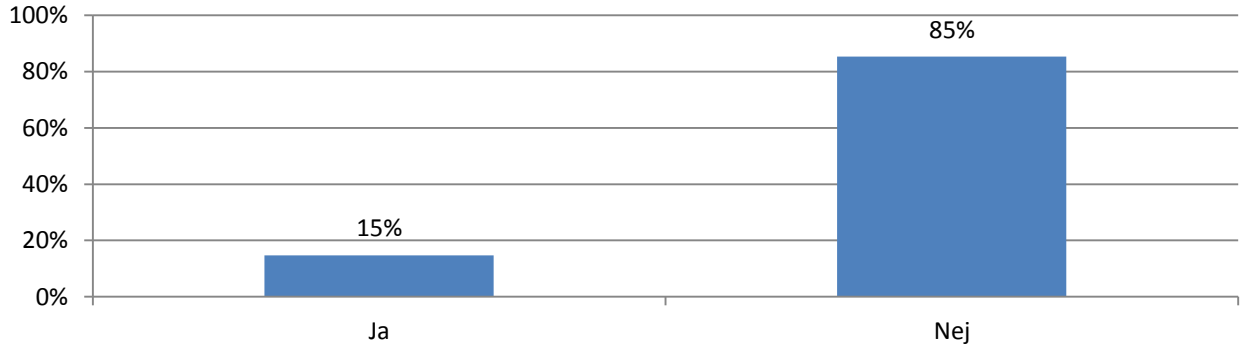
Spørgsmål 13. Er der praksispersonale i praksis? (n=147)



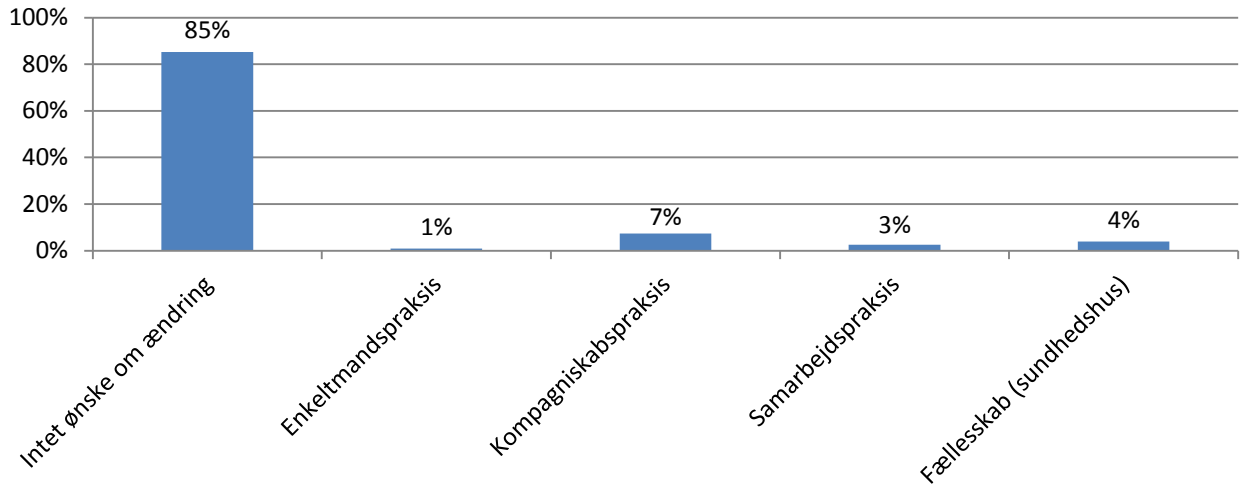
Spørgsmål 14. Hvilke faggrupper samt antal personer (ikke normering)? (n=147)



Spørgsmål 15. Har du et ønske om at ændre den måde, du driver praksis på? (n=231)



Spørgsmål 16. Hvilken ændring? (n=231)



Spørgsmål 17. Hvad er motivet for ønsket om denne ændring?

Svaret: Fællesskab (sundhedshus)
1) Ønske om kollegialt og fagligt fællesskab
2) Fælles/deling om administration og andet personale
3) Reduktion i arbejdstid og indsats

Svaret: Enkeltmandspraksis
1) Mere plads og mulighed for ansættelse af sygeplejerske/ekstra lægehjælp
2) Nemmere at drive og ingen diskussion om økonomi og drift

Svaret: Kompagniskabspraksis
1) Deles om arbejdet og dermed opnå mindre arbejdsmængde
2) Samarbejde med kollegaer
3) Øget fleksibilitet ved fravær
4) Deles om administrative opgaver

Svaret: Samarbejdspraksis
1) Nemmere at styre praksis, hvis hver læge har sit eget nummer
2) Større selvstændighed
3) Driftsfordele og social/faglig styrkelse
4) Deles om administrative opgaver

Spørgsmål 18. Hvad gør det vanskeligt at ændre?

Svaret: Fællesskab (sundhedshus)
1) Manglende vilje hos omkringliggende kollegaer
2) For høj husleje
3) Ikke noget sundhedshus i området

Svaret: Enkeltmandspraksis
1) Ingen ledige lokaler i området

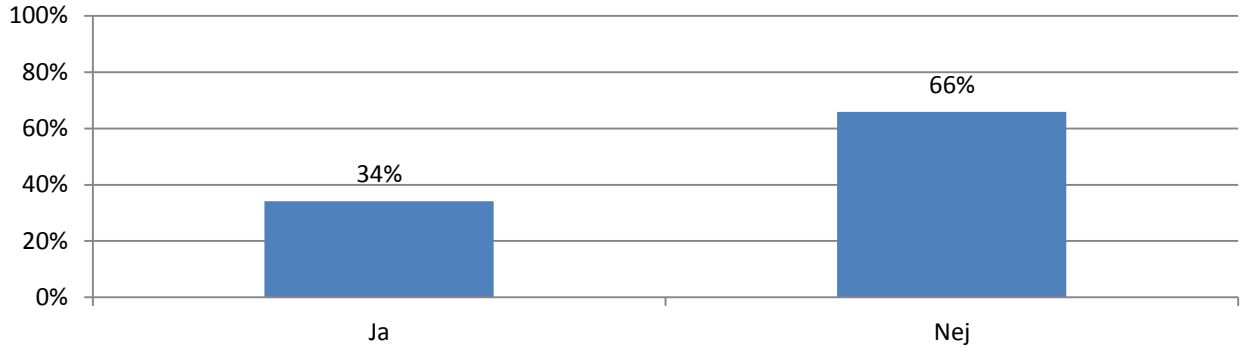
Svaret: Kompagniskabspraksis

1) Ingen læger, der ønsker at nedsætte sig i kompagniskab i området
2) Usikker økonomi
3) Manglende lokaler/plads i praksis

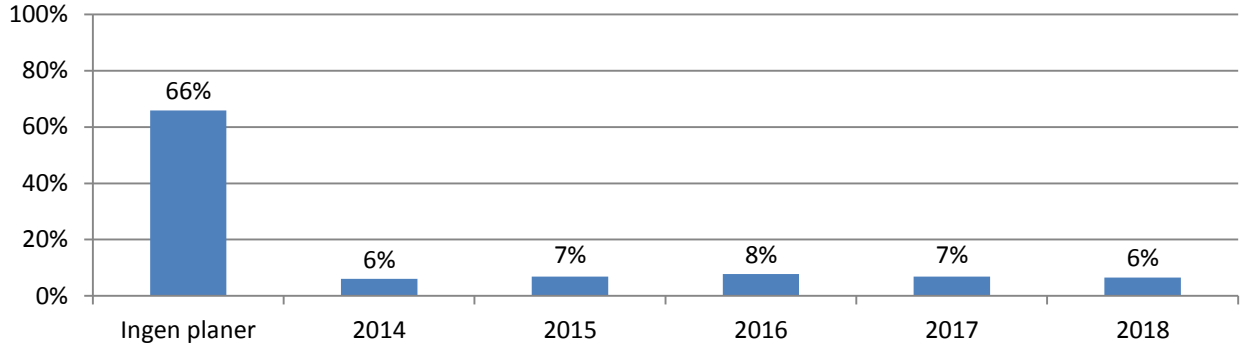
Svaret: Samarbejdspraksis

1) Ingen læger, der ønsker at nedsætte sig i samarbejdspraksis i området
2) Kan ikke ændre nuværende praksisform, da der er uenighed om det blandt lægerne
3) Økonomisk usikkerhed/risici

Spørgsmål 19. Har du konkrete planer om at ophøre inden for de næste 5 år? (n=231)



Spørgsmål 20. Hvilket årstal? (n=231)



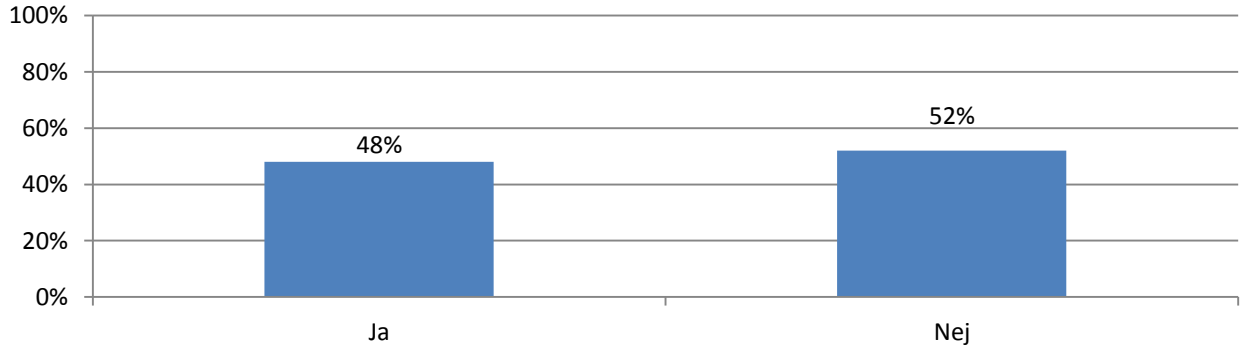
Spørgsmål 21. Hvad kunne få dig til at udskyde dit ophør/din pension?

1) Aflastning ved mulighed for nedsat arbejdstid eller tilgang af ansat læge/personale
2) At det ikke lykkes at finde en til at overtage praksis/andel af praksis
3) Mindre administration og kontrol (mindre bureaukrati) i den daglige drift
4) Mulighed for fastholdelsesaftale
5) En forbedret overenskomst

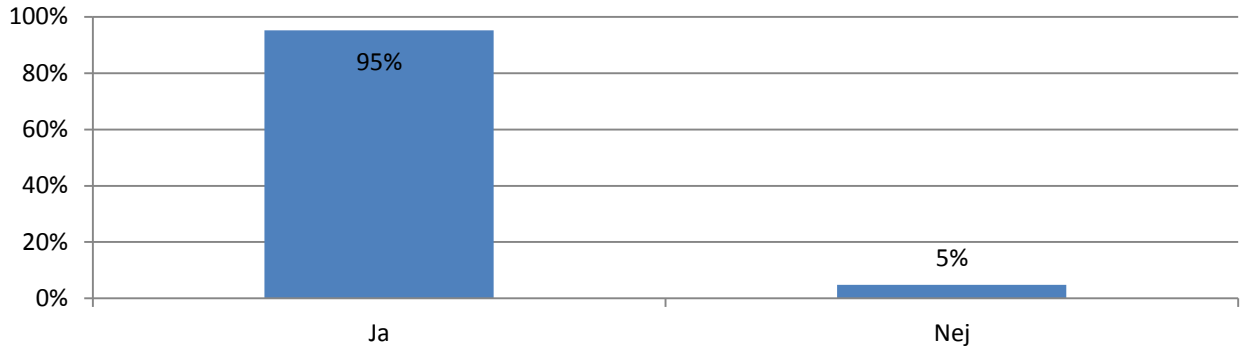
Spørgsmål 22. Har du i øvrigt forslag til involvering af almen praksis i forbindelse med lægedækningsproblemer?

1) Økonomisk fordelagtige forhold for praksis i yderområder – evt. udbetaling skal ske over en årrække for derved at fastholde lægen
2) Tillæg til yngre læger, der uddanner sig i yderområder og senere nedsætter sig i samme område
3) Tiltag der skaber gode vilkår for lægens familie i yderområderne (eksempelvis job til ægtefælde, sikre børnepasning, bolig)
4) Tidlig rekruttering af læger i forbindelse med uddannelsen
5) At sygehusene overtager flere opgaver
6) Bedre mulighed for deltidsarbejde i yderområderne end i centrum
7) Repræsentere almen praksis på uddannelsesmesser og holde møder med medicinstuderende inden valg af KBU
8) Gode økonomiske tilbud for at tage periodevise vagter i andre områder
9) Mere involvering af de praktiserende læger ved direkte kontakt/samarbejdsgrupper for at finde løsninger
10) Færre administrative opgaver ville kunne øge kapaciteten
11) Omkringliggende praksis ved et belastet område kan samarbejde om at vikariere i en praksis fra dag til dag
12) Patienter fra landet må køre til byerne
13) Mulighed for satellitpraksis og gode økonomiske vilkår herved
14) Større normtal
15) Tilbud fra regionen om større kliniklokaler til rimelig pris og med begrænset binding af lejemål

Spørgsmål 23. Har du kendskab til, at der fra kommunen etableres tilbud om, at en patient kan få tilsyn af en hjemmesygeplejerske indenfor 2 timer? (n=229)



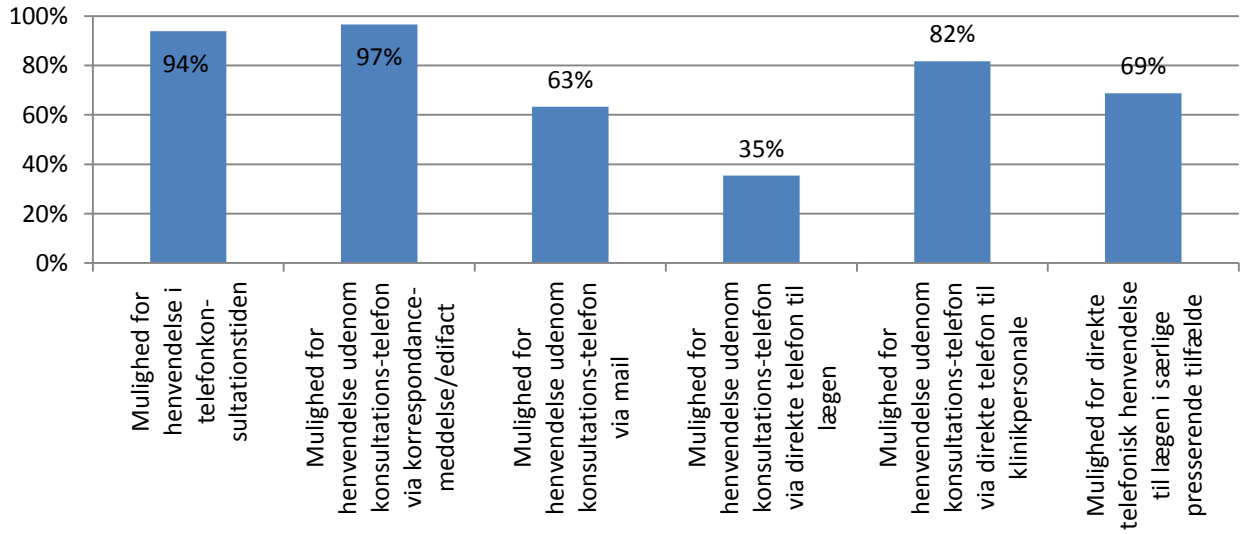
Spørgsmål 24. Har du kendskab til § 2 aftale om, at der efter udskrivelse kan etableres opsøgende hjemmebesøg?



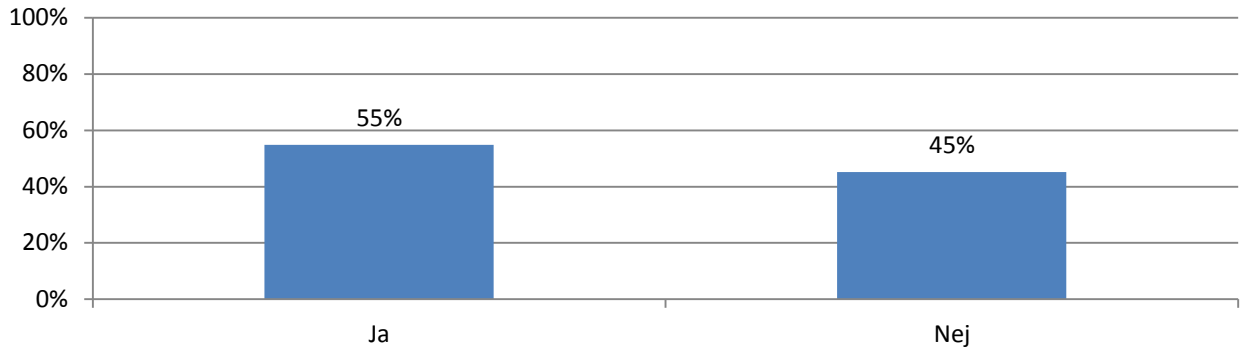
Spørgsmål 25. Har du kommentarer til samarbejdet omkring den ældre medicinske patient?

1) De opsøgende hjemmebesøg bør kun være i yderste konsekvens, da de er meget ressourcekræ-vende. Der er situationer, hvor patienten selv kan komme til lægen, eller hvor hjemmesygeplejen kan tage patienten med til lægen
2) Plejepersonale og dernæst hjemmesygeplejen skal blive bedre til at sortere/filtrere i spørgsmål til lægen, så lægen spares for henvendelser
3) De ældre patienter udskrives for tidligt og samtidig med mangelfuld koordination ift. bl.a. medicin
4) Det økonomiske grundlag/incitament ved hjemmebesøg står ikke mål med arbejdsbyrden. Især ikke når det holdes op imod betaling for en simpel konsultation i egen praksis
5) Det er meget tidskrævende for lægen at lave det enkelte besøg, og derfor kunne der med fordel etableres en ordning, hvor den samme praktiserende læge havde ansvaret for alle beboere på et (el-ler flere nærliggende) plejehjem
6) Transportordning så patienten kan blive kørt til praksis i stedet for at lægen bevæger sig til patient

Spørgsmål 26. Hvilke kontaktmuligheder har din/jeres praksis for kommunale medarbejdere? (n=147)



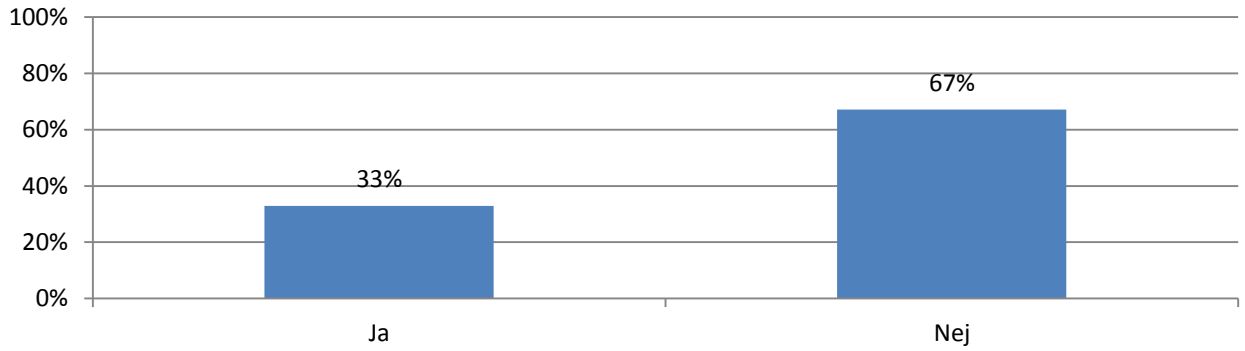
Spørgsmål 27. Har du brug for udvidelse af diagnostiske henvisningsmuligheder? (n=228)



Spørgsmål 28. Har du forslag eller kommentarer i øvrigt?

1) Mulighed for at henvise direkte til diagnostiske scanninger (CT og MR), hvorved der spares ressourcer på specialafdelingerne
2) Mulighed for at henvise direkte til psykiater og reumatolog

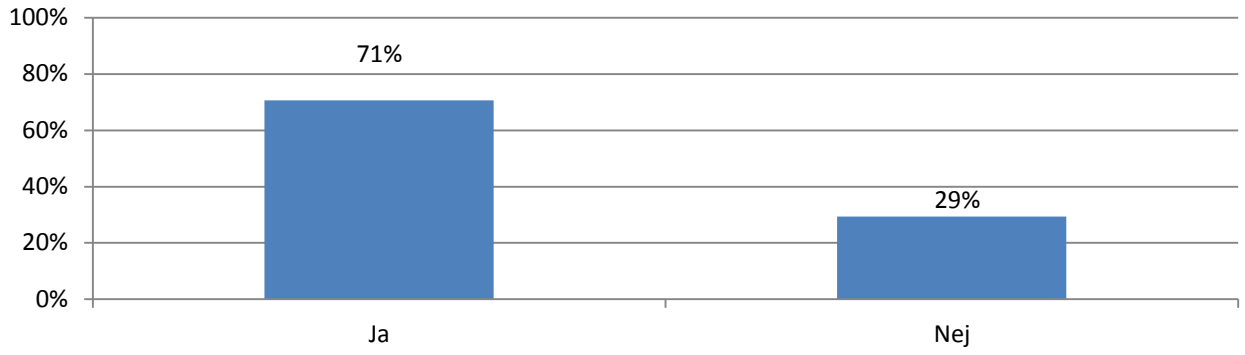
Spørgsmål 29. Det er hensigten i det sammenhængende sundhedsvæsen, at opgaveflytninger mellem parterne skal foregå efter underliggende aftaler, herunder forløbsbeskrivelser. Har du kendskab til opgaveflytninger, der har fungeret godt? (n=228)



Spørgsmål 30. Har du eksempler på opgaveflytninger?

1) Demensudredning
2) Blodprøvetagning for ambulatoriebesøg
3) Prakkeforløb for kræftudredning
4) Kronikerforløb

Spørgsmål 31. Har du kendskab til opgaveglidninger uden aftaler? (n=228)



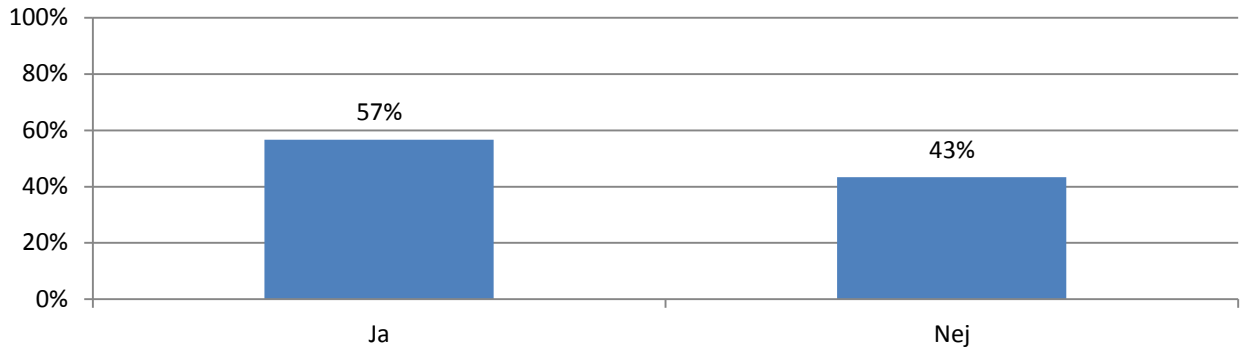
Spørgsmål 32. Har du eksempler på opgaveglidninger?

1) Blodprøvetagning bestilt af sygehuset
2) Sygehusafdelinger beder patienter søge egen læge om henvisning til anden afdeling på samme sygehus
3) Patienter, der får foretaget en undersøgelse på sygehuset, bliver bedt om at søge svaret hos den praktiserende læge
4) De korte indlæggelsestider gør, at der er mange opgaver ifm. opfølgning og behandling, der er overladt til den praktiserende læge. Dertil kommer, at informationen om det videre forløb fra sygehusene til tider er mangelfuld
5) ADHD-patienter bliver fra psykiatrien videregivet til almen praksis, der ikke nødvendigvis har kompetencen til at håndtere disse problematikker

Spørgsmål 33. Har du forslag til opgaver, der hensigtsmæssigt kan flyttes mellem parterne?

1) Sygehusene bør have som mål at færdigudrede patienten. Derved undgås det store tidsforbrug ved at orientere sig i det enkelte forløb
2) Indførelse af ultralyd i almen praksis til brug som et klinisk støtteredskab. Det kan opkvalificere henvisninger og visse kontrolopgaver kan overgå til almen praksis
3) ADHD-patienter skal ikke behandles i almen praksis
4) Hjemmesygeplejen skal have kompetence til at varetage flere opgaver
5) Vejledning om kost, motion og rygestop flyttes fra almen praksis til kommunen
6) Meget unødigt arbejde kunne undgås, hvis epikriser kom til tiden

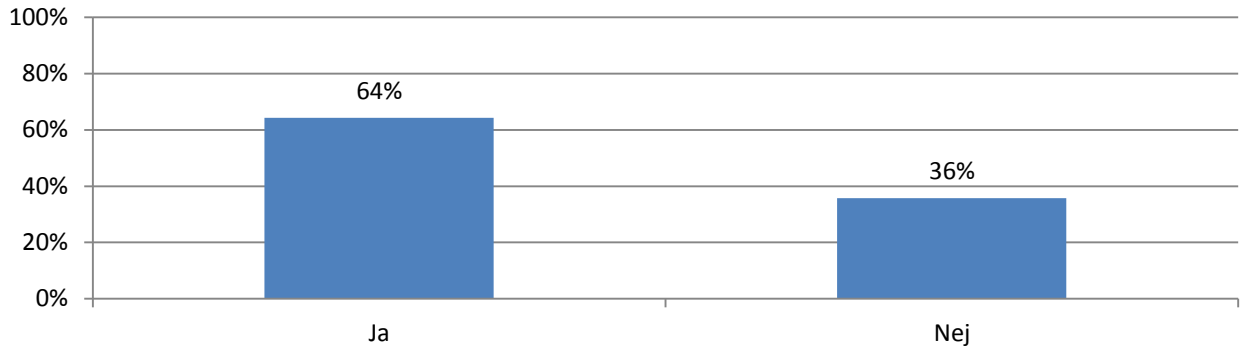
Spørgsmål 34. Mener du, at indføring af differentieret henvisning er en forbedring? (n=224)



Spørgsmål 35. Har du i øvrigt kendskab til forhold, hvor henvisningsrutiner kan forbedres?

1) Sygehusafdelingerne henviser selv videre til relevant afdeling, i stedet for at det går gennem den praktiserende læge
2) Der er meget store krav til omfanget af den praktiserende læges henvisning, der ofte tager karakter af journalskrivning
3) Henvisningen bør som hovedregel ikke afvises, hvis der blot mangler enkelte oplysninger, og i så fald skal der gøres opmærksom på, hvor manglen er
4) Henvisning skal kunne sendes direkte til ønskede klinik for derved at spare tid i visitationen
5) Afkrydsningsmuligheder i henvisningsskemaerne, hvor der kan svares ja/nej, for hurtigere udfyldning

Spørgsmål 36. Har du tilstrækkelig information om sygehusplanlægning i forbindelse med, hvor henvisninger skal rettes hen? (n=224)

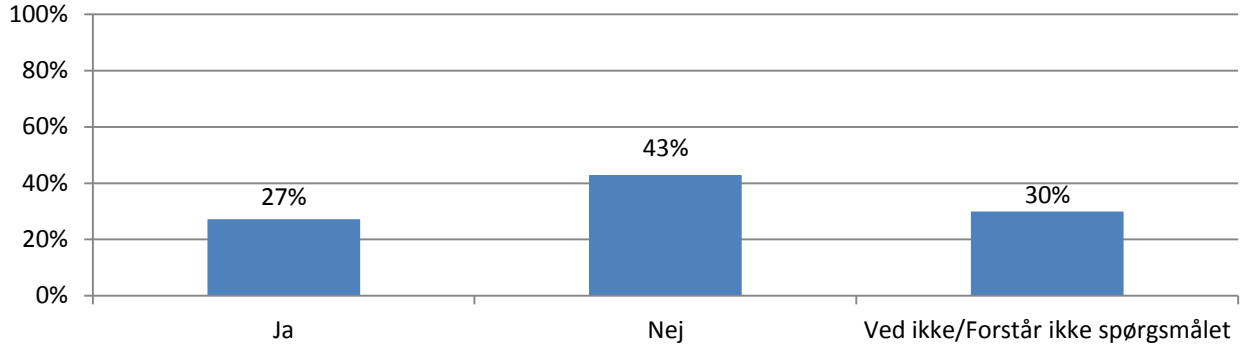


Spørgsmål 37. Har du i øvrigt kendskab til forhold, hvor epikriseforløb kan forbedres?

1) I forbindelse med udskrivning fra sygehusene er epikriser ofte lang tid undervejs. Dette skal forbedres, så de er i den praktiserende læges varetægt før patienten kommer til kontrol. Epikrisen bør udarbejdes og afsendes samme dag patienten udskrives
2) Præcis opdatering af medicin til FMK efter besøg på sygehus
3) Prioritering af epikriser så vigtig information fremhæves
4) Automatisk tilsending af epikriser fra lægevagten
5) Epikriserne er ofte lange og kan godt summeres ned

6) Aldrig notat ved livstruende/potentielt livstruende. Her skal der være telefonisk kontakt
7) Nogle afdelinger opererer med speciale-specifikke forkortelser, som lægen ikke nødvendigvis er bekendt med

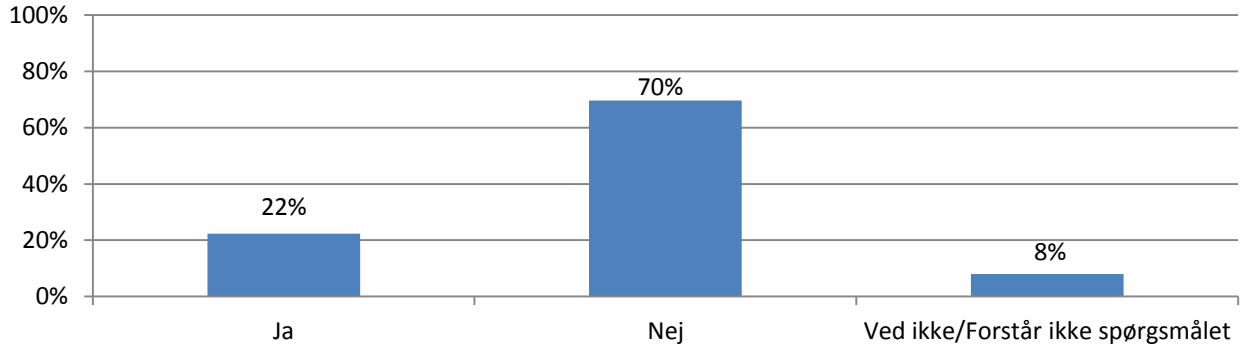
Spørgsmål 38. Fungerer patientrelateret opgaveoverdragelse? (n=224)



Spørgsmål 38 - fortsat. "Eventuel kommentar" til "Fungerer patientrelateret opgaveoverdragelse?"

- Ingen opsummering. Som kommentarer er alene ved ikke/forstår ikke spørgsmålet.

Spørgsmål 39. Har du viden om særlige udfordringer, som bør håndteres? (224)



Spørgsmål 39 - fortsat. "Eventuel kommentar" til "Har du viden om særlige udfordringer, som bør håndteres?"

1) Epikriserne er for lang tid undervejs
2) FMK fungerer ikke ordentligt
3) Lægemanglen i yderområderne
4) Stort arbejdspres i praksis samtidig med krav om at tage lægevagter

Spørgsmål 40. Afslutning. Har du eventuelle kommentarer?

- Ingen opsummering.

BRØNDERSLEV KOMMUNE
Ny Rådhusplads 1
9700 Brønderslev

Sundhed og Handicap
Dato: 19-03-2014
Sags. nr.: 29.09.00-K04-1-14
Sagsbeh.: Line Enevoldsen
Lokaltlf.: +4599455841
Ny Rådhusplads 1
9700 Brønderslev
Telefon 9945 4545
Fax 9945 4500
raadhus@99454545.dk
sikkerpost@99454545.dk
www.bronderslev.dk

Høringssvar fra Brønderslev Kommune angående Praksisplan 2014-2017

Brønderslev Kommune har modtaget høringsudkast til Praksisplan 2014-2017 og fremsender hermed høringssvar til Praksisplanudvalget.

Overordnet mener Brønderslev Kommune at der foreligger et godt udkast til praksisplanen og ramme for det videre arbejde med den nye Sundhedsaftale.

Brønderslev Kommune finder arbejdet med at styrke sikre tilgængelighed til almen praksis for både borgere og samarbejdspartner fremover, meget væsentligt. Udviklingen på sundhedsområdet betyder, at stadig flere opgaver løses tæt på borgerne, og dermed vil behovet for koordinering og dialog mellem lægen og kommunen stige. I forbindelse med udarbejdelse af nye sundhedsaftaler forventes der også behov for at almen praksis deltager i løsningen af nye opgaver, eksempelvis udvidelse af opfølgende hjemmebesøg og lignede tiltag.

Brønderslev Kommuner er, desværre, en af de nordjyske kommuner som har en særlig udfordring i forhold til lægedækning og lægekapacitet. Kommunen er derfor positiv overfor at de særliget tiltag som er beskrevet i tillæg til Praksisudviklingsplanen videreføres til den kommende Praksisplan 2014-2017. Grundet kommunens særlige udfordringer ser man frem til resultaterne af den lokale analyse som forhåbentlig kan afdække de lokale problematikker og udfordringerne nærmere så indsatserne kan målrettes mest muligt. Brønderslev Kommuner har derfor en forventning om at regionen har et særligt fokus på den udfordring der ligger i antallet af ledige ydernumre og den udfordring der dermed også ligger i at løse opgaverne i ”det nære sundhedsvæsen”

Derudover finder Brønderslev Kommuner det positivt, at der i planen beskrives, at muligheden for at borgen kan få tilset flere helbredsproblemer ved samme besøg hos sin praktiserende læge, skal undersøges næremere.

Åbningstider:
man–ons: 10:00–14:00, tors: 10:00–16:30, fre: 10:00–13:30

FREDERIKSHAVN KOMMUNE

Frederikshavn Kommune
Rådhus Allé 100
9900 Frederikshavn

Tel.: +45 98 45 50 00
post@frederikshavn.dk
www.frederikshavn.dk
CVR-nr. 29189498

Praksisplanudvalget
Att. Heidi Trap

5. marts 2014

Udkast til høringssvar til Praksisplanen

Center for Sundhed og Ældre
Sagsnummer: 14/94
Dok.nr.: 43236/14
Sagsbehandler: Bibi Bording Pedersen
Direkte telefon.: 98455349
E-mail: Bibp@frederikshavn.dk

Praksisplanen har været til høring i Kommunalt Lægeligt Udvalg, her ingen særlige kommentarer.

Sundhedsudvalget har følgende kommentarer til praksisplanen:

Det akutte beredskab

- I forhold til den akutte hjælp, så er det vigtigt at Frederikshavn kommune fortsat er dækket af en lægevagt – idet der er lang vej til akutmodtagelsen. Lægevagten er, sammen med den kommunale sygepleje, et afgørende element i det borgernære sundhedsvæsen særligt i forhold til at forebygge unødige indlæggelser, skabe tryghed for borgerne og sikre den nødvendige faglige opbakning til den kommunale sygepleje.

Udsigt til lægemangel

- De alment praktiserende læger i kommunen har den næst højeste gennemsnitsalder i regionen på 57,5 år.
- 30% af de læger som har besvaret spørgeskemaundersøgelsen angiver at de planlægger praksisophør inden for de næste 5 år. Så selv om der umiddelbart er balance mellem patientantal og lægedækning i øjeblikket, så er der risiko for akut lægemangel inden for de næst kommende år.
- Det er vigtigt at være opmærksom på at der er ledige ydernummer i Frederikshavn kommune.

Sundhedsaftalerne

- I forhold til Sundhedsaftalerne, er der en klar aftale om ansvaret for de forebyggende og rehabiliterende opgaver. De alment praktiserende lægers brug af praksispersonale bør tilrettelægges således, at personalet ikke

varetager forebyggende og rehabiliterende opgaver som tilbydes i kommunalt regi

- Det er vigtigt, at sikre de gode samspil mellem forskellige aktører på sundhedsområdet i det kommende Sundhedshus Sæby, idet det vil skabe færre indgange for borgerne til det nære sundhedsvæsen

Tilgængelighed

- For at udnytte ressourcerne i det borgernære sundhedsvæsen bedst muligt, er det afgørende, at de alment praktiserende læger og den kommunale sygepleje har en større tilgængelighed for hinanden. Det er vigtigt at der laves aftaler om hvordan ferie/lukning i praksis håndteres, således at den kommunale sygepleje har mulighed for at få den lægefaglige sparring om borgerne som er nødvendig. Frederikshavn Kommune ser positivt på, at modeller for at forbedre tilgængeligheden udvikles og afprøves.

- Der skal arbejdes på en løsning i forhold til borgere som er på aflastningsophold. Ofte er det ikke muligt at tilkalde borgernes egen læge på grund af km afstand.
- De sygdomsspecifikke aftaler bør være forpligtende for almen praksis

Med venlig hilsen

Anders Broholm Andersen

Formand for Sundhedsudvalget
Frederikshavn Kommune

Hjørring Kommune

Springvandspladsen 5
9800 Hjørring
Telefon 7233 3333
hjoerring@hjoerring.dk
www.hjoerring.dk

Region Nordjylland
Primær Sundhed
Almen praksis
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst

Hjørring den 27. februar 2014

Høringssvar vedrørende praksisplan 2014 - 2017

Hjørring Kommune har den 12. februar 2014 modtaget høringsudkast til praksisplan vedrørende almen praksis.

Hjørring Kommune skal indledningsvist udtale, at praksisplanen giver et godt overblik over den aktuelle lægedækning, fremtidige kapacitetsudfordringer og indsatser til øget kapacitet i almen praksis. Fra Hjørring Kommunes side kan vi tilslutte os de planlagte tiltag til understøttelse af lægedækning i regionen, forbedrede patientforløb og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde.

I forhold til planlægning af lægedækningen er vi enige i behovet for at se på de lokale udfordringer. Af praksisplanen fremgår det, at der i Hjørring Kommune er en stigende andel af læger over 60 år, ligesom der er en høj andel af læger, som forventer at ophøre inden for 5 år. Vi finder det derfor væsentligt, at praksisplanen indeholder konkrete initiativer til fastholdelse og rekruttering af praktiserende læger med henblik på at forebygge lægemangel i vores kommune. Desuden finder vi det relevant at indarbejde i praksisplanen, at der skal gennemføres en analyse af den variation i de medicinske indlæggelser, der ses mellem de nordjyske kommuner.

Med venlig hilsen

Arne Boelt
Borgmester

Leif Serup
Direktør, Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet

JAMMERBUGT KOMMUNE

ForvaltningsserviceSSB
Toftevej 43, 9440 Aabybro
Tlf.: 7257 7777 Fax: 7257 8888
raadhus@jammerbugt.dk
www.jammerbugt.dk

Susanne Hansen
Direkte 7257 7411
snh@jammerbugt.dk

24-03-2014
Sagsnr.: 29.30.08-A00-1-14

Region Nordjylland
Primær Sundhed
Kontor for almen praksis
Att.: Fuldmægtig Heidi Trap
ht@rn.dk

Jammerbugt kommunes høringssvar til Praksisplan 2014-2017

I henhold til Sundhedslovens § 206 a skal der i hver valgperiode udarbejdes en praksisplan vedrørende alment praktiserende læger. Forud for udarbejdelse af praksisplanen skal der ske en høring blandt kommunerne i regionen.

Almen praksis har en central rolle i det primære sundhedsvæsen, hvor de praktiserende læger fungerer som gatekeeper og tovholder. Som sådan er der derfor behov for, at almen praksis indgår som en integreret del af sundhedsvæsenet. Primærsektoren skal fremover kunne håndtere flere og mere komplekse problemstillinger, og almen praksis er en vigtig aktør i denne udvikling. Som en del af udviklingen bliver sygehusene mere specialiserede og samles, og indlæggelsestiderne bliver kortere. Dette ændrer opgaverne og opgaveløsningen i det borgernære sundhedsvæsen, herunder for almen praksis.

Praksisplanen beskriver i den forbindelse de betingelser, der skal være opfyldt for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for borgerne. Praksisplanen skal således medvirke til at:

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

- styrke almen praksis' rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder sammenhæng til øvrige planer på sundhedsområdet
- sikre den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder, således at alle borgere kan få et almenmedicinsk tilbud

Praksisplanen udarbejdes minimum én gang i hver valgperiode. Den første praksisplan skal foreligge den 1. maj 2014. Praksisplanen revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Det kan forventes, at den første praksisplan skal revideres, når sundhedsaftalen for 2015-2018 foreligger.

Jammerbugt Kommune har i samarbejde med regionens øvrige kommuner den 17. januar 2014 fremsendt et administrativt høringssvar til Region Nordjylland. Jammerbugt kommunes del af høringssvaret er udarbejdet administrativt og er ikke blevet behandlet i dialog med de praktiserende læger, idet der i Jammerbugt kommune ikke eksisterer noget Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU).

Kontaktmuligheder og dialog mellem kommune og praktiserende læger:
For at sikre en fortsat kvalitetssikring af det borger nære sundhedsvæsen er det en nødvendighed, at der etableres et KLU i Jammerbugt kommune, samt at der ansættes en praksiskonsulent.
Endvidere efterlyser Jammerbugt Kommune bedre muligheder for hurtig dialog, via træffetider, telefontider og systematisk brug af elektronisk kommunikation via TSM (TværSektorielle Meddelelser) fra MedCom.

Aftaler og tidsfrister indenfor beskæftigelsesområdet:
Jammerbugt Kommune ønsker ikke, at lægelig udredning og dokumentation bliver en forsinkende faktor i sygedagpengesager, pensionssager og andre sager. Jammerbugt kommune foreslår, at der indgås aftaler indeholdende tidsfrister med de praktiserende læger.

JAMMERBUGT KOMMUNE

Samarbejde omkring de kommunale tilbud:

Jammerbugt Kommune har oprettet akuttilbud på et af kommunens plejecentre og ønsker et formaliseret samarbejde omkring lægedækning af dette tilbud. Endvidere er det et ønske, at almen praksis som beskrevet i sundhedsaftalen i højere grad forpligtiges til at henvise til kommunens rehabiliteringstilbud, samt at samarbejde omkring opfølgende hjemmebesøg, demensudredning, telemedicinske tiltag i relation til KOL og sårbehandling, og andre subakutte tiltag for den ældre svækkede patient.

Praksisdækning i Jammerbugt kommune:

Jammerbugt kommune ønsker en god lægedækning for borgerne lokalt, og ser det som en afgørende faktor omkring kvalitetssikring af det borgernære sundhedsvæsen, etablering af KLU og ansættelse af praksiskonsulent, at lægedækningen er adækvat.

Venlig hilsen

Ejler Winkel
Formand Social- og Sundhedsudvalget

Hanne Madsen
Socialdirektør

Adresse ved personlig henvendelse: Borgervænget 12, 9460 Brovst

Scannet Byrådssekretariatet 2014-03-28 10:58

Mariagerfjord
KOMMUNE

Region Nordjylland
Primær Sundhed
Kontor for almen praksis
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø

Byrådssekretariatet

Postadresse:
Nordre Kajgade 1
9500 Hobro
Tlf. 97 11 30 00
raadhus@mariagerfjord.dk
www.mariagerfjord.dk

Journalnummer:
29.03.00-P17-1-14

Ref.: Carsten Kaalbye
Direkte tlf. 97113450
cakaa@mariagerfjord.dk

Dato: 28.3.2014

Høringssvar fra Mariagerfjord Kommune i forhold til Oplæg til praksisplan 2014 – 2017.

De overordnede tal i oplæg til praksisplan 2014 – 2017 tyder på, at der i Mariagerfjord Kommune er sket et succesfuldt generationsskifte i rigtig mange læge praksis. Vi kan se af figurerne 12-14 side 22f, at gennemsnitsalderen for lægerne i Mariagerfjord Kommune er faldet, at andelen af 60+ årige er lidt under regionsgennemsnittet, samt at andelen af læger, der har planer om ophør inden for fem år, ikke afviger væsentligt fra regionsgennemsnittet.

Med lokalt kendskab kan vi tilføje, at den positive udvikling kan tilskrives kommunens 4 kompagniskabspraksis samt en enkeltmandspraksis som er overgået til kompagniskabspraksis med 2 læger:
Der er 13 læger i kompagniskabspraksis med en gennemsnitsalder på 45 år. 1 læge er 60+.
Der er 11 læger med solopraksis med en gennemsnitsalder på 62 år. 6 læger er 60+.
Den geografiske fordeling af solopraksis er 5 i 9500 Hobro, samt 6 i 9560 Hadsund.
Mariagerfjord Kommune ser en generel problematik med solopraksis, som ikke er beskrevet i oplæg til praksisplan.

I oplæg til praksisplan er den aktuelle lægedækning beskrevet med udgangspunkt i data fra 1. januar 2014. Det giver ikke et aktuelt billede af situationen i Mariagerfjord Kommune, idet en solopraksis (Ole Borre) lukkede d. 31. januar 2014. Den kunne ikke sælges. Ole Borre havde klinik i Hadsund centrum og havde ca. 1400 patienter tilknyttet.
Ca. 400 af patienterne valgte en læge i Hadsund centrum, hvorefter der var lukket for tilgang. Andre patienter har indenfor en afstand af 15 km. valgt læge i Als, Arden, Terndrup (Rebild Kommune) og Havndal (Randers Kommune/Region Midt).

Scannet Byrådssekretariatet 2014-03-28 10:58

Kommunen får dermed øgede udgifter til transport, jf. Sundhedslovens § 170, hvor det beskrives, at kommunalbestyrelsen i sygdomstilfælde skal yde godtgørelse for nødvendig befordring til og fra alment praktiserende læge til personer, der er medlem af sygesikringsgruppe 1, og som modtager social pension

Status pr 25.februar 2014 er, at der i 9560 Hadsund er en ledig kapacitet på 63 i Als. Desuden har Terndrup Lægehus lukket for tilgang, hvilket betyder, at der ikke kan tilbydes praktiserende læge indenfor 15 km. til borgere bosat i Vive og Østergårde.

Mariagerfjord Kommune har en markant bekymring for lægedækningen i 9560 Hadsund, hvor alle 6 praktiserende læger har solopraksis og samtidig er 3 læger 60+. Hvis endnu en læge ønsker at stoppe, og ikke kan sælge sin praksis, kan mange patienter ikke tilbydes en læge indenfor 15 km.
Bekymringen deles af mange borgere. Under overskriften "Giv os et lægehus i Hadsund" har der været en underskriftindsamling, hvor 2200 borgere har skrevet under. (Omtalt i NORDJYSKE Stiftstidende d. 19. februar 2014.)

Mariagerfjord kommune ønsker, at de 3 ledige ydernumre, der er i kommunen, bibeholdes ud fra den alderssammensætning, som er blandt de praktiserende læger i 9560 Hadsund. Det giver mulighed for, at der ved kommende salg af solopraksis kan etableres kompagniskabspraksis, hvilket der fra Kommunallægelige udvalg er tilkendegivet som værende et positivt element i overvejelse om overtagelse og etablering af praksis ved ledige ydernumre.

Endnu en begrundelse for tilstrækkelig lægekapacitet i Mariagerfjord Kommune er, at borgere, som har en praktiserende læge i Region Midt, typisk vil blive henvist til sygehusbehandling i Region Midt.

Tilgængelighed for andre sektorer er beskrevet i kapitel 3 og har meget stor betydning for samarbejdet mellem kommunen og den praktiserende læge.
Figur 17 tager udgangspunkt i de praktiserende lægers besvarelse af spørgeskema, og giver ikke et dækkende billede. F.eks. er der ifølge skemaet 100 % af lægerne i Mariagerfjord Kommune, som kommunikerer via korrespondancemeddelelse/edifact. I praksis har 3 ud af kommunens 25 (nu 24) praktiserende læger ikke ønsket at kommunikere elektronisk med kommunen.

Mariagerfjord Kommune ser frem til en yderligere bearbejdning af data og ikke mindst en udvikling af tilgængeligheden, som kan tilgodese behovet hos både kommune og praksis, og som gør det muligt at indfri de intentioner, der ligger i sundhedsaftalestoffet om hensigtsmæssige sektorovergange og brugen af elektronisk kommunikation.

Almen praksis´ rolle i relation til det tværsektorielle samarbejde (Kapitel 5) hænger sammen med sundhedsaftalen. Når 3. generations sundhedsaftale foreligger, ser

Scannet Byrådssekretariatet 2014-03-28 10:58

Mariagerfjord Kommune frem til en revision af eksisterende Praksisplan, med henblik på optimering af indfrielsen af de mål der fremgår af sundhedsaftalen.

Venlig hilsen

Mogens Jespersen
Borgmester

Social og Sundhed

Region Nordjylland
fuldmægtig Heidi Trap, mail ht@rn.dk

MORSØ KOMMUNE

Dato: 20-03-2014
Sagsnr.: 773-2014-256

Høringssvar fra Morsø Kommune

Navn: Betina R. Jensby
Direkte tlf.nr.: 99 70 70 00
E-mailsocialogsundhed@morsoe.dk

Morsø Kommune sender her høringssvar til oplæg til praksisplan 2014 – 2017:

Morsø Kommune tilslutter sig det fælles svar fra de nordjyske kommuner, men vil gerne tilføje:
Det er problematisk med så mange ledige ydrenumre på Mors og Morsø Kommune opfordrer derfor stærkt til fortsat fokus herpå, således flere praksislæger tiltrækkes til Mors.
Morsø Kommune opfordrer også til fokus på større udredningsmuligheder/diagnostik i lokalt ambulatorie, og opfordrer desuden til placering af flere speciallæger lokalt, således praksissektoren kan blive aflastet i forhold til fx øre- og øjefunktion.

Venlig hilsen

Betina R. Jensby
chefsekretær

Spar papir og porto - få en reol eller to i overskud. Hvis du har fået dette brev med posten, kan du skifte til digital post. Du kan tilmelde dig på www.borger.dk. Spørg os, hvis du er i tvivl. Tak for hjælpen.

Høringssvar fra Rebild Kommune til Praksisplan 2014-2017.

Rebild Kommune har modtaget høringsudkast til praksisplan 2014 til 2017 udarbejdet af Praksisplanudvalget. Sagen har været drøftet i Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og vil blive behandlet i Byrådet den 27. marts 2014.

Nærværende høringssvar fremsendes derfor med forbehold for Byrådets endelige godkendelse.

Rebild Kommune finder i udgangspunktet, at der er tale om et godt udkast til praksisplan, især det faktum at der er oplistet temaer, der skal drøftes nærmere og behandles i perioden. Det er positivt at praksisplanen dermed er et mere fleksibelt redskab, der hele tiden kan og skal udvikles.

Rebild Kommunen ser frem til arbejdet med en lokal analyse af lægedækningen internt i kommunerne. Umiddelbart viser tallene en god lægedækning i Rebild Kommune, men internt i forhold til den geografiske dækning af kommunen forventes der udfordringer bland andet på baggrund af alderssammensætningen i Almen praksis.

Rebild Kommune finder det vigtigt, at tilgængeligheden til almen praksis for både borgere og samarbejdspartner fremover styrkes. Udviklingen på sundhedsområdet tilsiger, at flere opgaver fremover skal løses tæt på borgerne, og dermed vil behovet for koordinering og dialog mellem lægen og kommunen stige. I forbindelse med udarbejdelse af nye sundhedsaftaler forventes der også behov for at almen praksis deltager i løsningen af nye opgaver, eksempelvis udvidelse af opfølgende hjemmebesøg og lignede tiltag. Et område der i fremtiden skal sikres mulighed for, at skabe fælles udvikling omkring er velfærdsteknologiske løsninger, og borgernes mulighed for via eksempelvis tablets at være i kontakt med sundhedsvæsnet og dermed i høj grad mestre egen sygdom

I Rebild Kommune er der oprettet et Korttidscenter (målrettet rehabiliteringsindsats og reduktion i utilsigtede sygehusindlæggelser), som har et godt samarbejde med almen praksis. Det er vigtigt også fremover at have mulighed for direkte og effektiv dialog. Det er yderligere vigtigt at foregribe, at en kilometergrænse ikke bliver en hindre for samarbejdet med almen praksis om borgere eksempelvis på Korttidscenteret.

Afslutningsvis henvises til det fælles administrative kommunale høringssvar som blev fremsendt til regionen den 17.januar 2014. Det svar har også været behandlet i Sundhedsudvalget, som bakker op om de fremførte kommunale ønsker.

Afsender: Thisted Kommune
Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst
Att: Heidi Trapp

Thisted Kommune

Kommunalbestyrelsen

26. marts 2014

CPR/CVR:
BrevID.: 1648361
Medarbejder: DRM

Høringssvar vedrørende praksisplan fra Thisted Kommune

Thisted Kommune har den 12. februar 2014 modtaget høring af oplæg til Praksisplan 2014-2017.

Oplægget har været sendt til høring i Det Kommunalt Lægelige Udvalg, Ældre-/Seniorrådet og Handicaprådet. Disse høringsparter har ikke indgivet høringssvar til Thisted Kommune.

Oplægget til praksisplan har herefter været til behandling i Social- og Sundhedsudvalget, Børne- og Familieudvalget, Erhvervs-, Arbejdsmarkeds- og Kulturudvalget samt Kommunalbestyrelsen.

Kommunalbestyrelsen har godkendt oplægget til Praksisplanen og bemærker, at de finder indholdet og arbejdsområderne i praksisplanen relevante for Thisted Kommune. Der udtrykkes tilfredshed med de emner og indsatsområdet planen beskæftiger sig med.

Det bemærkes dog, at der er bekymring for om der er økonomi med i forbindelse med opgaveglidningen fra Region til kommuner.

Kommunalbestyrelsen i Thisted finder, at kommunen er udfordret med hensyn til en tilfredsstillende lægedækning. Kommunalbestyrelsen i Thisted finder det afgørende, at der med praksisplanen sikres en tilfredsstillende lægedækning for alle, således at borgerne får en ordentlig decentral lægedækning og en reel mulighed for at vælge læge. Der bør ikke være mere end højst 15 kilometer til læge. Dette kan eventuelt sikres gennem samarbejde med Thisted Kommune om fælles løsninger, f.eks. i form af nye sundhedshuse og gerne med satellitfunktioner.

Thisted kommune vil desuden gerne fremhæve enkelte områder, hvor kommunen er afhængig af et tæt samarbejde med en tilgængelig almen praksis.

Almen praksis er en vigtig brik til at forebygge indlæggelser, og har derved stor indflydelse på den kommunale medfinansiering.

Kommunen har ansvaret for at tilbyde forebyggende sundhedsindsatser og rehabiliteringsindsatser til de borgere, der har behov herfor. Til at løse denne opgaven er kommunen afhængig af, at almen praksis bidrager til (tidlig) opsporing af sygdomme og henvisning til kommunale tilbud blandt sårbare borgere generelt.

Den praktiserende læge har en nøglefunktion i det nære sundhedsvæsen som behandler, visitator, forebygger og tovholder. Derfor er det afgørende at sikre, at alle borgere er tilmeldt en læge.

I Thisted kommune er det vanskeligt at få besat ledige ydernumre. Med udgangspunkt i de praktiserende lægers alderssammensætning forventes det, at problemet vil vokse i omfang i de kommende år.

Derfor en opfordring til at praksisplanen beskriver nærmere, hvordan der sikres lægedækning, eksempelvis en skitsering af mulige modeller og samarbejdsformer om etablering af lægepraksis.

Med de specielle udfordringer, der gør sig gældende for Thisted kommune, bør der indgås en mere forpligtende underliggende aftale mellem regionen og de praktiserende læger, så der sikres kontinuitet, kvalitet og tilgængelighed. Udbygning af mulige individuelle rekrutterings aftaler kunne være en løsning og om nødvendigt anvendelse af differentierede økonomiske incitamenter, der sikrer en ordentlig dækning i yderområderne.

Med venlig hilsen

Lene Kjelgaard Jensen
Borgmester

Region Nordjylland
Primær Sundhed
Kontor for almen praksis
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
Att. Fuldmægtig Heidi Trap

24-03-2014

Rådmand og Direktør

Sundheds- og Kulturforvaltningen
Rantzausgade 4
9000 Aalborg
sun@aalborg.dk

Sagsnr.:
2014-876
Dok.nr.:
2014-97898
Init.: LL
EAN nr.: 5798003743066

Høringssvar vedr. oplæg til praksisplan 2014-2017

Aalborg Kommune har med interesse behandlet oplæg til praksisplan for 2014-2017. Oplægget til praksisplan har været politisk drøftet i såvel Ældre-Handicapudvalget såvel som i Sundheds- og Kulturudvalget. Oplægget har desuden været administrativt behandlet i Familie- Beskæftigelsesforvaltningen og i det Kommunalt Lægelige Udvalg.

Aalborg Kommunes kommentarer til oplægget til praksisplan er nedenfor angivet, så det fremgår, hvor kommentarerne stammer fra:

Det Kommunalt Lægelige Udvalg

Høringsudkast til 1. udgave af praksisplan for 2014-2017 har været drøftet på møde i det Kommunalt Lægelige Udvalg for Aalborg Kommune på mødet den 13. marts 2014. Høringsvaret er udarbejdet med det forbehold, at det er på vegne af et samlet dialogforum, som afgiver høringssvar.

Det Kommunalt Lægelige Udvalg er enige i praksisplanens konstatering af, at de praktiserende læger har en central rolle som gatekeeper i forhold til øvrige tilbud i sundhedsvæsenet.

Det Kommunalt Lægelige Udvalg noterer sig, at datamaterialet i praksisplanen viser, at lægekapaciteterne i Aalborg Kommune har en høj andel af tilmeldte pr. ydernumre, nemlig 1.727 borgere. Samtidig viser spørgeskemaundersøgelsen, at 32 % af kommunens lægekapaciteter angiver, at de har arbejde ved siden af klinikken. Samtidig oplever det Kommunalt Lægelige Udvalg, at opgavesivning er en udfordring i det daglige arbejde. Kommunalt Lægelige Udvalg opfordrer til, at opgavesivning bedst muligt håndteres løbende i den takt, de opstår, og inden de når et omfang, som går udover behandling og pleje af borgerne og samarbejdet mellem parterne.

Det Kommunalt Lægelige Udvalg opfordrer blandt andet på den baggrund til dialog og samarbejde mellem Praksisplanudvalg og de Kommunalt Lægelige Udvalg også i den tid, der kommer efter 1. udgave af praksisplanen er vedtaget.

Familie- Bekæftigelsesforvaltningen

Samarbejde om børn og unges sundhed
Aalborg Kommune ser frem til de nævnte udviklingsprojekter vedr. sikring af deltagelse i helbreds-undersøgelser og forløbsprogram for overvægtige børn og unge. Det forventes i tillæg hertil, at Praksisplanen vil understøtte et generelt øget fokus

på den forebyggende indsats for børn og unges sundhed. Der er således behov for at udbygge kommunikationen omkring børn, der giver anledning til bekymring f.eks. på grund af gentagne undladelse af vaccination eller mistrivsel. Kommunerne får på den måde mulighed for at følge op på et tidligere tidspunkt. Aalborg Kommune ser ligeledes et behov for, at almen praksis støtter op om kommende forældreuddannelse til førstegangsforældre, således at flest mulige tilskyndes til at deltage.

Aalborg Kommune ser ligeledes et stort behov for, at Praksisplanen understøtter forløb for de børn og unge med psykiske vanskeligheder, som har behov for undersøgelse i kommunalt regi såvel som i almen praksis og Psykiatrien. Herunder at fokus øges på den gode beskrivelse af problemstillingen, således at kommunen får bedst muligt grundlag at gå videre med undersøgelser på.

Ældre-Handicapudvalget og Sundheds- og Kulturudvalget

Kontaktmuligheder mellem kommune og praktiserende læger
Aalborg Kommune efterlyser bedre muligheder for hurtig dialog, såsom træffetider, telefontider og sikring af læsning af edifact i forhold til ældre, borgere med kronisk sygdom samt beboere på plejehjem og andre botilbud i kommunen. Aalborg Kommuneforeslår, at praksisplanudvalget fastlægger mere bindende aftaler på dette område.

Aftaler og tidsfrister indenfor beskæftigelsesområdet
Aalborg Kommune ønsker ikke, at lægelig udredning og dokumentation bliver en forsinkende faktor i for eksempel sygedagepengesager og pensionssager. Aalborg Kommune vil sørge for, at Kommunalt Lægelige Udvalg løbende følger op på dette område. Aalborg Kommune foreslår, at der indgås aftaler indeholdende tidsfrister med de praktiserende læger.

Sammenhæng mellem almen praksis og det regionale sundhedsvæsen
Aalborg Kommune bakker op om udkastets mål om, at patienter afsluttes i almen praksis. På landsplan har det hidtil været hovedreglen, at de praktiserende læger afslutter 8 ud af 10 henvendelser i egen praksis. Det vil sige, at almen praksis er gatekeeper i forhold henvisning til videre behandling.

Aalborg Kommune ønsker, at der gennemføres analyser af forskelle i lægernes henvisninger til undersøgelser, behandlinger og indlæggelser på sygehusene samt til speciallægebehandling. Perspektivet er Lavest Effektive Organiserings Niveau (LEON), eksempelvis ved alternativer til indlæggelser. Aalborg Kommune ønsker, at de gennemførte analyser følges op med anbefalinger til ændringer. Disse ændringer skal være opstillet således, at der er fokus på målbarhed.

Henvisning til kommunale tilbud
Aalborg Kommune har i 2013 oprettet akuttilbud med 10 faste pladser samt udekørende sygeplejersker. Adgangen til tilbuddet er visitation fra egen læge eller vagtlæge. Øvrige kommuner i regionen har lignende tilbud. Almen praksis henviser ikke i nødvendigt omfang til disse tilbud, hvorved borgeren ikke kan drage nytte af de kommunale tilbud. Sundhedscenter Aalborg har siden 2006 tilbudt en bred vifte af rehabiliterende indsatser til borgere med kronisk sygdom. En række af tilbud kræver henvisning fra almen praksis. Aalborg Kommune ønsker, at almen praksis i højere grad forpligtes til at henvise til disse tilbud, herunder mulighederne i den ny overenskomstaftale. Der blev således den 1. marts 2014 indgået en treårig aftale vedrørende almenpraksis vilkår mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og de Praktiserende Læger (PLO). Aftalen rummer nye muligheder, herunder indgåelse af underliggende aftaler med tilknyttet økonomi. PLO's repræsen-

tantskab tager den 22. marts stilling til, om aftalen skal sendes til urafstemning blandt medlemmerne.

Praksisområder i Aalborg Kommune

Aalborg Kommune ønsker, at almen praksis betjener borgerne lokalt. Det er uanset om borgerne bor i by eller på land. Uanset om borgerne vælger almen praksis efter bopæl, eller hvor borgerne arbejder eller er under uddannelse. I dag er det således, at næsten 8 ud af 10 almen praksis har adresse i Aalborg eller Nørresundby centrum.

I Sundhedslovens § 57 står, at Regionsrådet fastsætter placeringen af praksis på baggrund af praksisplanen. Tidligere var det således, at overenskomsten for de praktiserende læger kunne begrænse flytninger af praksis blandt andet via en inddeling af regionen i områder. I den sidste praksisplan blev der fastlagt, at Aalborg Kommune udgjorde et praksisområde.

Næsten hver tredje almen praksis i Aalborg Kommune er praksis med kun et ydernummer (enkeltmandspraksis). Fremover forventes oprettet flere almen praksis med flere ydernumre og øget brug af støttepersonale i form af sygeplejerske, bioanalytikere og lægesekretærer. Det betyder, at nye placeringer af almen praksis vil komme på tale i fremtiden. Byrådet i Aalborg Kommune har ansvaret for kommunens samlende fysiske planlægning, herunder kommuneplaner og landdistriktsudvikling. En viden som bør inddrages ved overvejelser om fremtidige placeringer. Aalborg Kommune ønsker derfor, at det fremgår, at praksisplanen, at nye placeringer af eller flytninger af almen praksis ikke besluttes uden forudgående inddragelse af Aalborg Kommune.

Afslutningsvis henvises til forslagene i det administrative høringssvar som er fremsendt til Region Nordjylland den 17. januar 2014.

Venlig hilsen

Mads Duedahl
Rådmand

9931 1900
mads.duedahl@aalborg.dk

Bente Graversen
Direktør

9931 1901
bhg-sbu@aalborg.dk

Aalborg Kommune

VESTHIMMERLANDS KOMMUNE
- lyst til at gøre en forskel

Postadresse:
Vesthimmerlands Kommune
Himmerlandsgade 27
9600 Aars

Tel.: +45 99 66 70 00
post@vesthimmerland.dk
www.vesthimmerland.dk

Region Nordjylland
Primær Sundhed
Almen Praksis
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg

Dato: 3. april 2014

Byrådet
Frederik IX`s Plads 1
9640 Farsø

Sagsnr.:
820-2014-3877
Dokumentnr.:
820-2014-77305
Sagsbehandler:
Dorthe Jende
Tel.: 9966 8150
Mail: doj@vesthimmerland.dk

Praksisplan 2014 - 2017 Høringssvar fra Vesthimmerlands Kommune

Sundhedsudvalget har ingen bemærkninger til den fremsendte Praksisplan for 2014 – 2017.

Af høringsmaterialet fremgår at, på baggrund af en stram tidsplan, er udkast til Praksisplan for almen praksis udarbejdet som en rammeplan, hvor mange indsatser først skal udarbejdes efter 1. maj 2014.

Disse efterfølgende "udfoldelser" af rammeplanen til konkrete indsatser, herunder udvikling af nye samarbejdsaftaler med almen praksis tæt knyttet til 3. generations sundhedsaftalen, vil for Vesthimmerlands Kommune være vigtig at følge.

Vesthimmerlands Kommune forventer at praksisplanudvalget har "øje" for væsentligheden af kommunal inddragelse i den videre proces.

På Byrådets vegne

Med venlig hilsen

Palle Jensen
Sundhedsudvalgsformand

To: Heidi Trap / Region Nordjylland[ht@rn.dk];
Sent: Mon 4-7-2014 8:14:49
Flag Status: 0x00000000
Subject: Svar fra Læsø Kommune vedr. praksisplan 2014-17

Til Region Nordjylland

Att. Heidi Trap

Høringssvar fra Læsø Kommune!

Kommunalbestyrelsen på Læsø behandlede forslaget til plan for almen praksis på Kommunalbestyrelsens møde mandag den 31. marts 2014. Kommunalbestyrelsen besluttede tage planen til efterretning og fremsende høringssvar fra Læsø Kommune, der angiver, at der ikke er bemærkninger til planen for almen praksis udover, at det fremadrettet er vigtigt, at der fortsat sikres lægedækning året og døgnet rundt på Læsø.

På vegne af Kommunalbestyrelsen

Hans Ole Steffensen

Læsø Kommune

To: Heidi Trap / Region Nordjylland[ht@rn.dk];
Cc: 'Kaj Bernth'[kaj@bernth.eu]; Vivi Jørgensen[vivij3@gmail.com];
Sent: Mon 3-24-2014 12:58:06
Flag Status: 0x00000000
Subject: Høringssvar til Praksisplan for Region Nordjylland

Til Primær Sundhed

PLO-Nordjyllands Praksisudvalg skal hermed fremsende sine kommentarer til udkast til praksisplan.

Indledningsvis konstaterer vi, at arbejdet med at udarbejde udkast til ny praksisplan har været intensivt af hensyn til at overholde sundhedslovens frist om at praksisplanen skal foreligge den 1. maj 2014.

Udarbejdelse af praksisplanen sker i regi af det nye Praksisplanudvalg, og ikke som tidligere af Samarbejdsudvalget for almen læger, men udarbejdelsen har ellers fulgt samme procedure som tidligere, med bl.a. en forhøring af kommuner og læger.

Den ny praksisplan skal ses i sammenhæng med sundhedsaftalen, regionens sundhedsplan og kommunernes indsats på det primære sundhedsområde. Planlægningen af disse planer foregår aktuelt, hvilket også har den betydning at praksisplanen er en rammeplan, som løbende skal justeres.

PLO-Nordjylland ser praksisplanen, som et vigtigt element, da praksisplanen skal indeholde en beskrivelse af de arbejdsopgaver, som almen praksis ifølge sundhedsaftalen forpligtiges til at udføre. Det er derfor af stor vigtighed, at indgåelse af underliggende aftaler, der forpligter samtlige læger, er aftalt mellem parterne (§ 2 aftale).

Beskrivelsen af almen praksis i Nordjylland (Kapitel 3; lægedækningen, kapaciteten i praksis, lægernes demografi) viser, at indførelsen af nye opgaver eller øget opgaver kan blive yderst vanskeligt på grund af lægemanglen flere steder i regionen. De praktiserende lægers arbejdsvilkår er under stor forandring og pres i disse år. Flere

opgaver og flere patienter til almen praksis kan øge risikoen for at flere læger forlader hvervet, og at yngre kræfter er tilbageholdende med at nedsætte sig som alment praktiserende læge. PLO-Nordjylland forudser, at det eksisterende samarbejde om rekruttering skal udvides og opprioriteres væsentligt, når der skal findes ca. 100 nye læger indenfor de næste 5 år (s. 24).

Den nye sundhedslov betyder en forpligtigelse for alle praksislæger at udøve sin virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer (§ 57b, stk. 1). Almen praksis følger i forvejen stor udstrækning udstukne faglige vejledninger, nationale kliniske retningslinier, forløbsbeskrivelser etc. Loven foreskriver endvidere at lægerne er forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen (eks. vis forløbsprogrammer). PLO-Nordjylland forudser at disse lovpligtige opgaver vil medføre, at der vil blive færre ressourcer til andre ikke-lovpligtige opgaver, og det er vores vurdering at dette kan medføre øget ulighed i sundhed.

Så hvis ikke almen praksis skal knække halsen, beder vi regionen og kommunerns hjælp. Region, kommuner og læger skal være skarpe på HVAD almen praksis skal forpligtes på i praksisplanen og sundhedsaftalen, så vi bruges til det rigtige.

I øjeblikket afventes indgåelse af ny overenskomst, der derudover vil kunne pålægge almen praksis nye opgaver (implementering af Den Danske Kvalitetsmodel, akkreditering, afholdelse af patienttilfredshedsundersøgelse mm.).

PLO-Nordjylland imødeser alle tiltag, der er med til at bedre patient-behandlingen, diagnostik og kvalitetsudviklingen i praksis, men er bekymret for om de 341 praktiserende læger i Region Nordjylland alle kan og har mulighed for at yde dette for regionens 580.000 borgere.

PLO-Nordjylland vil med dette understrege, at indførsel af nye og forpligtende opgaver i almen praksis, skal afstemmes med de ressourcer, der er til rådighed (økonomi og personale). Hvis almen praksis skal være løsningen skal vi være med til at lave den. Vi ser derfor frem til arbejdet.

Øvrige kommentarer til indholdet af praksisplanen:

Praksisplanen nævner (s. 30) at planen skal understøtte etablering af

sundhedshuse og store lægehuse. Det er PLO-Nordjyllands opfattelse af store sundhedshuse og praksis med mange læger ikke efterspørges af de kommende læger. Praksisstørrelse på 3-4 læger er det maksimale, dog kan man forestille sig fællesskaber, hvor flere solopraktiserende læger og kompagniskaber har lokale- og personale fællesskab (ala Dokken i Thisted).

Almen praksis har oplevet opgaveglidning/opgavesivning fra sekundærsektoren til almen praksis, samt at der også er sket en opgaveglidning fra almen praksis til sekundærsektoren, PLO-Nordjylland forventer, at alle opgaver fremover aftales

Når PLO-Nordjylland hører hvad kommuner og region ønsker sig af almen praksis, så tænker vi heldigvis –jamen det er jo det samme vi vil. Så arbejdet går ud på HVAD der løser ønskerne og HVORDAN vi implementerer ønskerne. Vi skal være skarpe på HVAD og HVORDAN almen praksis skal forpligtes, så vi bruges til det rigtige.

PLO-Nordjylland ser frem til et konstruktivt samarbejde med videreudvikling af praksisplanen, og er klar til at skabe løsninger.

Med venlig hilsen

Kaj Bernth

Formand for PLO-Nordjyllands Praksisudvalg

Lægeforeningen

Ole Sørensen - Lægeforeningen Nordjylland
Sekretariatschef
Lægeforeningen Nordjylland
Lægeforeningen
Rømersvej 10

9000 Aalborg
Tlf:35448500
Tlf:3544 8181(Direkte)
E-mail:os@dadl.dk
Web: www.laeger.dk

P Tænk på miljøet, før du printer.

Lægeforeningen

Ole Sørensen - Lægeforeningen Nordjylland
Sekretariatschef
Lægeforeningen Nordjylland
Lægeforeningen
Rømersvej 10
9000 Aalborg
Tlf:35448500
Tlf:3544 8181(Direkte)
E-mail:os@dadl.dk
Web: www.laeger.dk

P Tænk på miljøet, før du printer.

REGION NORDJYLLAND, FYRKILDEVEJ 7, 9220 AALBORG ØST

Region Nordjylland
Primær Sundhed
Att: Fuldmægtig Heidi Trap
ht@rn.dk

Sundhed og Sammenhæng
Jane Pedersen
Specialkonsulent
Direkte: 40 80 46 20
jp@rn.dk
www.rn.dk
Ref.: 2014-001722

19. marts 2014

Sundhedskoordinationsudvalgets høringssvar til udkast til Praksisplan 2014-2017

Ifølge lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet, skal der i hver valgperiode udarbejdes en praksisplan vedrørende almen praksis. Praksisplanen udgør en del af regionens sundhedsplan. Den første Praksisplan skal efter den nye lovgivning foreligge d. 1. maj 2014.

Ifølge vejledningen har praksisplanen til formål at beskrive følgende emner, som hører under praksisplanudvalgets kompetence:

- Lægedækning og tilgængelighed
- Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen
- Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde (sundhedsaftaler)

I forbindelse med udarbejdelsen af Praksisplan for Almen Praksis har Sundhedskoordinationsudvalget i Region Nordjylland fået tilsendt udkast til høring og tilbagemelding herpå fremgår af nedenstående:

Af høringsmaterialet fremgår at, på baggrund af en stram tidsplan, er udkast til Praksisplan for almen praksis udarbejdet som en rammeplan, hvor mange indsatser først skal udarbejdes efter 1. maj 2014.
Praksisplanen revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Alle parter kan rejse spørgsmål om behovet for revision af aftalen, hvorefter en eventuel revision skal drøftes i praksisplanudvalget.

Der pågår henover 2014 et tværsektorielt arbejde med at udvikle Sundhedsaftalen 2015 – 2018. Det kan forventes, at den første Praksisplan skal revideres, når konturerne af sundhedsaftalen for alvor begynder at tegne sig, herunder de praktiserende lægers opgaver.
Det er i denne forbindelse vigtigt for Sundhedskoordinationsudvalget at gøre opmærksom på, at en "genåbning" af Praksisplan 2014 - 2017 er helt afgørende i forhold til arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018.

Der er lagt op til en proces, hvor udkast til Sundhedsaftalen 2015 – 2018 skal behandles i Sundhedskoordinationsudvalget ultimo oktober 2014, hvorefter Sundhedsaftalen sendes til endelig politisk behandling i Kommunalbestyrelser og Regionsråd.

Forud for Sundhedskoordinationsudvalgets behandling af Sundhedsaftalen i oktober måned skal det derfor sikres, at der er indledt en dialog i forhold til at få de nødvendige aftaler med de alment praktiserende læger er plads. Sundhedskoordinationsvalget anbefaler, at man allerede nu planlægger denne proces.

I forhold til de indholdsmæssige i udkast til Praksisplan, anbefaler Sundhedskoordinationsuvalget, at der som led i Praksisplanen gennemføres analyser at forskellene i de praktiserende lægers henvisninger til undersøgelser, behandling og indlæggelse på sygehus samt til speciallægebehandlling. Perspektivet er at sikre at LEON-pricippet - om Lavest Effektive Omsorgs Niveua – er i fokus.

I tillæg hertil er Sundhedskoordinationsudvalget meget optaget af, at der er den tilstrækkelige kapacitet og tilgængelighed i Almen Praksis, samt at Almen Praksis anvendes med omtanke.
Tilgængelighed og kapacitet er vigtige parametre for udarbejdelsen af sundhedsaftalen, og det er helt centralt for udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Tilgængelighed og kapacitet er således væsentlige forudsætninger for, at vi kan realisere en stærk sundhedsaftale.

Med venlig hilsen

Pernille Buhelt
Formand

Anders Broholm
Næstformand

Primær Sundhed

Høringssvar

Oplæg til praksisplan 2014-2017

Sundhedsbrugerrådet

Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst
www.rn.dk

Sekretariat
Ane Allermann Lemvig
Direkte: 41622499
aaa@rn.dk

27. februar 2014

Sundhedsbrugerrådet (SBR) finder, at praksisplanen, som den nu foreligger som rammeplan, indeholder en række positive hensigtserklæringer om den fremtidige udvikling af praksissektoren i Region Nordjylland. Praksisplanen rummer rig mulighed for, at patientinddragelsesudvalget kan inddrages i implementeringen af de kommende tiltag. Det er vigtigt, at patientinddragelsesudvalget inddrages aktivt både i forberedende processer og i det løbende arbejde med praksisplanen, fx gennem deltagelse i arbejdsgrupper og ved dialog med praksisplanudvalget.

Vedr. kapitel 3: Lægedækning og tilgængelighed

SBR finder, at det beskrevne datamateriale er et særdeles godt grundlag for det videre planlægningsarbejde. Opdelingen af regionen i planlægningsenheder, som er identisk med de enkelte kommuner, synes meget relevant for, på en hurtig måde, at kunne registrere skævheder.

Da almen praksis i stadigt stigende omfang er tiltænkt rollen som gate-keeper, er det helt afgørende, at der sikres en høj faglig kvalitet og en let adgang til konsultation i lægepraksis.

De præsenterede tiltag vedrørende uddannelse og rekruttering af almen praktiserende læger, samt uddannelse og ansættelse af andet sundhedsfagligt personale, kan SBR anbefale, da de fremstår relevante og velbegrundede i forhold til de aktuelle problemstillinger.

Etableringen af sundhedshuse må anses for et vigtigt tiltag i forhold til at udvide og udvikle den faglige kapacitet i almen praksis. Problemerne med den heraf følgende centralisering, især i yderområderne, bør løses ved, at der etableres satellitkonsultationer, hvor et område betjenes en til to gange ugentligt. I det hele taget er det vigtigt, at tilgængeligheden løbende tilpasses borgernes behov.

Det hilses ligeledes velkomment at der sættes fokus på vigtigheden af tilgængeligheden til lægepraksis for såvel patienter som øvrige sektorer.

En af måderne her til er et konkret forslag om at udbygge anvendelsen af forløbskoordinatorer som en måderne hvorpå dialogen mellem sygehusafdelinger og praksis kan forbedres til gavn for patienterne.

Vedr. kapitel 4: Almen praksis opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen

Med Regionens fokus på driftsomlægninger fra akut til elektiv behandling, samt fra stationær til ambulant behandling, vil almen praksis fremadrettet få en betydelig større opgave i de sammenhængende patientforløb.

Det er i den forbindelse positivt, at der satses på fastholdelse og videreudvikling af kvalitetsarbejdet og patientsikkerhedsarbejdet.

Det forhold, at almen praksis er private virksomheder, nødvendiggør, at der kommer meget konkrete aftaler om, hvilke opgaver de praktiserende læger skal løse, samt at det øvrige sundhedsvæsen bliver indrettet således, at sektorovergangene kan ske mest effektivt. Det er i den forbindelse helt afgørende, at regionens sygehusvæsen tilpasser sine omlægninger i takt med at der indgås konkrete aftaler med de øvrige parter om iværksættelsen af de nødvendige tiltag, der skal kompensere driftsomlægningerne.

For så vidt angår akutmodtagelsen, hvortil der visiteres via 112 eller almen praksis, skal SBR understrege, at det er vigtigt, at den nuværende struktur af lægevagtkonsultationerne bibeholdes, således af afstandsproblemerne ikke øges.

Med hensyn til borgernes oplevelser af kvalitet og sikkerhed må SBR sætte et spørgsmålstegn ved tilfredshedsundersøgelser hvert 3. år, som næppe vil give et resultat, som er særlig operativt. SBR skal i den forbindelse foreslå, at regionen og almen praksis i samarbejde årligt indbyder patientgrupper til dialogmøder/feedbackmøder, som det er indført på Aalborg Universitetshospital.

SBR skal udtale sin forundring over at planen ikke omhandler, hvilke hensigter der er med hensyn til almen praksis funktioner inden for det psykiatriske område.

Vedr. kapitel 5: Almen praksis' rolle i relation til det tværsektorielle samarbejde- sundhedsaftaler

Dette afsnit vedrører i det væsentligste den kommende sundhedsaftale. SBR skal i den forbindelse igen understrege vigtigheden af, at der laves konkrete aftaler om opgavefordelingen mellem sektorerne, bl.a. for at sikre, at det sammenhængende patientforløb understøttes bedst muligt.

SBR skal understrege vigtigheden af at patientinddragelsesudvalget inddrages allerede i det forberedende arbejde, således at man allerede i planlægningsfasen kan drage fordel af udvalgets erfaringer som brugere/patienter.

Med venlig hilsen

Henning Olsen
Formand for Sundhedsbrugerrådet

Høringssvar vedrørende praksisplan 2014-2017 fra Samarbejdsudvalget for almen læger

Hermed fremsendes høringssvar fra Samarbejdsudvalget for almen læger vedrørende høringsversion af praksisplan 2014-2017.

Samarbejdsudvalget for almen læger vil fortsat være en væsentlig interessent i samarbejdet omkring almen praksis i samarbejde med det regionale og kommunale sundhedsvæsen. Udvalget finder det derfor væsentligt at være høringspart i processen.

Parterne har været involveret i processen omkring udarbejdelse af praksisplanen og bakker op om de kommende indsatser, der peges på i planen, herunder fokus på almen praksis som en væsentlig aktør i det sammenhængende sundhedsvæsen. En velfungerende almen praksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen er en forudsætning for øget sundhed, kvalitetsudvikling over tid, rationel brug af ressourcer samt udvikling af almen praksis i Region Nordjylland.

Samarbejdsudvalget for almen læger forventer at blive inddraget i de kommende opgaver, som udløber af praksisplanen, specielt omkring de ansvarsområder der ligger i henhold til overenskomsten.

Samarbejdsudvalget afventer indgåelse af overenskomst for almen praksis.

Med venlig hilsen
På udvalgets vegne

Charlotte Larsen
Kontorchef

Primær Sundhed
Almen praksis

Niels Bohrs Vej 30

9220 Aalborg Ø
Tlf.: 9764 8309
Fax: 9764 8335
www.rn.dk

Fuldmægtig
Heidi Trap
Direkte: 97648309
ht@rn.dk

Ref.: Heidi Trap

Sagsnummer:
2014-000371

11. marts 2014

Høringspart	Forbehold	Lægedækning og tilgængelighed	Almen praksis i det regionale sundhedsvæsen	Almen praksis i det tværsektorielle samarbejde	Øvrige kommentarer
Brønderslev kommune		- Særligt fokus på udfordringen ift. antallet af ledige ydrenumre og udfordringen - Behov for at afdække lokale problematikker ift. at målrette indsatserne - Væsentligt at sikre tilgængelighed til almen praksis for borgere og samarbejdspartnere		- Behovet for koordinering og dialog ml. læge og kommune vil stige. - Behov for at almen praksis deltager i løsningen af nye opgaver, eks. udvidelse af opfølgende hjemmebesøg.	
Frederikshavn kommune		- Kommunen skal fortsat være dækket af en lægevagt. - Risiko for lægemangel inden for de næstkommende år. - Opmærksomhed på ledige ydernumre. - Større tilgængelighed ml. praktiserende læger og den kommunale sygepleje. Aftaler om ferie/lukning.		- De praktiserende lægers praksispersonale bør ikke varetage forebyggende og rehabiliterende opgaver, som tilbydes i kommunalt regi. - Vigtigt at sikre godt samspil ml. forskellige aktører i det kommende Sundhedshus i Sæby. - Løsning ift. borgere som er på aflastningsophold. - Sygdomsspecifikke aftaler bør være forpligtigende for almen praksis.	
Hjørring kommune		- Praksisplanen skal indeholde konkrete initiativer til fastholdelse og rekruttering af praktiserende læger med henblik på at forebygge lægemangel.	- Relevant at indarbejde i praksisplanen, at der skal gennemføres en analyse af den variation i de medicinske indlæggelser, som ses mellem de nordjyske kommuner.		

Høringspart	Forbehold	Kommentarer Lægedækning	Kommentarer Regional sundhed	Kommentarer Tværsektorielt	Øvrige kommentarer
Rebild kommune	Behandles i byrådet d. 27. marts 2014 KLU's bemærkninger er ikke politisk behandlet	- Der forventes udfordringer ift. den geografiske dækning af kommunen bl.a. på baggrund af alderssammensætningen i almen praksis. - Tilgængeligheden til almen praksis for borgere og samarbejdspartnere skal fremover styrkes. **KLU** **-** Der er ikke god lægedækning i den østlige del af Rebild. - Misvisende data ift. lægedækning, da patienter kan søge over kommunegrænser. - Ikke muligt at sikre øget tilgængelighed med den nuværende kapacitet.		- Behovet for koordinering og dialog ml. læge og kommune vil stige. - Forventes at almen praksis deltager i løsningen af nye opgaver, eks. udvidelse opfølgende hjemmebesøg. - Fokus på fælles udvikling omkring velfærdsteknologiske løsninger, eks. tablets. - En kilometergrænse må ikke blive en hindring for samarbejdet ml. almen praksis om borgere på eksempelvis Korttidscenteret. - Bekymring ift. at skulle løse eventuelle nye opgaver ift.3. generation sundhedsaftale.	
Jammerbugt kommune	Ikke behandlet i dialog m. KLU, da dette ikke eksisterer i kommunen.	- Bedre mulighed for hurtig dialog via træffetider, telefontider og elektronisk kommunikation via TSM fra MedCom.		- Forslag om at der indgås aftaler indeholdende tidsfrister med de praktiserende læger (undgå forsinkelse på beskæftigelsesområdet). - Formaliseret samarbejde omkring lægedækning i forbindelse m. akuttilbud til kommunens plejecentre. - Almen praksis skal i højere grad forpligtiges til at henvise til kommunens rehabiliteringstilbud + samarbejde om opfølgende hjemmebesøg mv.	

Høringspart	Forbehold	Kommentarer Lægedækning	Kommentarer Regional sundhed	Kommentarer Tværsektorielt	Øvrige kommentarer
Thisted kommune	Behandles i kommunal-bestyrelsen d. 25. marts 2014.	- Udfordret ift. lægedækning. Decentral lægedækning – ikke mere end 15 km. til læge. - Samarbejde med kommunen om fælles løsning af lægedækningen, f.eks. i form af nye sundhedshuse – gerne med satellitfunktioner.		- Bekymring for om der er økonomi med i forbindelse med opgaveglidning fra region til kommuner.	
Aalborg kommune		Nye placeringer af almen praksis i fremtiden. Det skal fremgå af praksisplanen, at nye placeringer af eller flytninger af almen praksis ikke besluttes uden forudgående inddragelse af kommunen. - Bedre muligheder for hurtig dialog; træffetider, telefontider mv. Mere bindende aftaler på dette område.	- Ønsker gennemførelse af analyser af forskelle i lægernes henvisninger til undersøgelser, behandlinger og indlæggelser på sygehusene + speciallægebehandling. **KLU** - Opgavesivning er en udfordring - skal håndteres løbende. - Opfordrer til dialog ml. KLU og Praksisplanudvalg også efter 1. udg. af praksisplanen er vedtaget.	- Behov for at almen praksis støtter op om kommende forældreuddannelse til førstegangsforældre. - Almen praksis henviser ikke nok til akuttilbuddet samt udekørende sygeplejersker. Almen praksis skal i højere grad forpligtiges til at henvise til tilbuddene. - Almen praksis skal betjene borgerne lokalt - i dag har næsten 8 ud af 10 almene praksis adresse i Aalborg eller Nørresundby centrum. - Forebyggende indsats for børn og unges sundhed. Kommunikation omkring børn, som giver anledning til bekymring. - Praksisplanen skal understøtte forløb for børn og unge med psykiske vanskeligheder, som har behov for undersøgelse i kommunalt regi, almen praksis og psykiatrien. Fokus på den gode beskrivelse af problemstillingen.	

Høringspart	Forbehold	Kommentarer Lægedækning	Kommentarer Regional sundhed	Kommentarer Tværsektorielt	Øvrige kommentarer
Mariagerfjord kommune		-Ser en generel problematik med solopraksis, som ikke er beskrevet i planen. -Har en markant bekymring for lægedækningen i Hadsund. -Ser fem til en udvikling af tilgængeligheden, som kan tilgodese behovet hos både kommune og praksis mhp. hensigtsmæssige sektorovergange.			
Vesthimmerlands kommune					Forventer kommunal inddragelse i den videre proces.
Læsø kommune		- Angiver at det fremadrettet er vigtigt, at der fortsat sikres lægedækning året og døgnet rundt på Læsø.			
Morsø kommune		- Opfordrer til fortsat fokus på de mange ledige ydrenumre i kommunen. - Opfordrer til placering af flere speciallæger lokalt.	- Opfordrer til fokus på større udredningsmuligheder/diagnostik i lokalt ambulatorium.		

Høringspart	Forbehold	Kommentarer Lægedækning	Kommentarer Regional sundhed	Kommentarer Tværsektorielt	Øvrige kommentarer
Sundhedskoordinationsudvalget		- Vigtigt at der den tilstrækkelige kapacitet og tilgængelighed i almen praksis.		- Foreslår at der gennemføres analyser af forskellene i de praktiserende lægers henvisninger til undersøgelser, behandling og indlæggelse på sygehus samt til speciallægebehandling.	- "Genåbning" af praksisplan 2014-2017 er afgørende ift. arbejdet med Sundhedsaftalen 2015-2018. - Forud for Sundhedskoordinationsudvalg-ets behandling af Sundhedsaftalen skal det sikres, at der er indledt en dialog ift. at få de nødvendige aftaler med de alment praktiserende læger på plads.
Sundhedsbru-gerrådet		- Sikre en let adgang til konsultation i lægepraksis. - Problemer med centralisering bør løses ved, at der etableres satellitkonsultationer hvor et område betjenes en til to gange ugentligt.	- Nuværende struktur af lægevagtkonsultationerne bibeholdes, således at afstandsproblemerne ikke øges. -- Forundring over at planen ikke omhandler, hvilke hensigter der er mht. almen praksis' funktioner inden for det psykiatriske område. - Udbygge anvendelsen af forløbskoordinator som en af måderne hvorpå dialogen ml. sygehusafdelinger og praksis kan forbedres til gavn for patienterne.	- Understreger vigtigheden af, at der laves konkrete aftaler om opgavefordelingen ml. sektorerne, hvilket sikrer understøttelse af det sammenhængende patientforløb. - Sundhedsvæsenet skal indrettes således, at sektorovergangene kan ske mest effektivt.	- Vigtigt at patientinddragelsesudvalget inddrages aktivt både i forberedende processer og i det løbende arbejde med praksisplanen. - Sætter spørgsmålstegn ved tilfredshedsundersøgelser hvert 3. år. Foreslår at regionen og almen praksis i samarbejde årligt indbyder patientgr. til dialogmøde/feedbackmøde.

Høringspart	Forbehold	Kommentarer Lægedækning	Kommentarer Regional sundhed	Kommentarer Tværsektorielt	Øvrige kommentarer
PLO Nordjylland		- Flere opgaver og flere patienter til almen praksis kan øge risikoen for, at flere læger forlader hvervet, og at yngre kræfter er tilbageholdende med at nedsætte sig som alment praktiserende læge. - Det eksisterende samarbejde om rekruttering skal udvides og opprioriteres væsentligt.	- Almen praksis har oplevet opgaveglidning fra sekundærsektoren og til almen praksis og fra almen praksis til sekundærsektoren.	- Regioner, kommuner og læger skal være skarpe på, *hvad og hvordan* almen praksis forpligtiges på i praksisplanen og sundhedsplanen.	- Lovpligtige opgaver vil medføre, at der vil blive færre ressourcer til andre ikke-lovpligtige opgaver, hvilket kan medføre øget ulighed i sundhed.

Sundhedsstyrelsen
Danish Health and Medicines Authority

Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30

9220 Aalborg Ø

Att. Praksisplanudvalget for almen praksis

Sundhedsstyrelsens rådgivning vedr. oplæg til praksisplan 2014-2017 for almen praksis - Region Nordjylland

22. marts 2014

Sagsnr. 4-1214-75/1/
Reference BEM
T 7222 7815
E fobs@sst.dk

Praksisplanudvalget i Region Nordjylland har den 12. februar 2014 fremsendt oplæg til praksisplan 2014-2017 i Region Nordjylland til Sundhedsstyrelsen med henblik på rådgivning. Ifølge sundhedslovens § 206 a, stk. 1, skal praksisplanudvalget i hver valgperiode udarbejde en praksisplan, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. § 206. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning.

Sundhedsstyrelsen tager i sin rådgivning udgangspunkt i sundhedsloven og de politiske målsætninger bag denne, Bekendtgørelse nr. 256 af 19/03/2014 om praksisplanudvalg for almen praksis samt Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, Sundhedsstyrelsen, 2013.

Sundhedsstyrelsen skal indledningsvis bemærke, at praksisplanen skal vedtages af praksisplanudvalget. Kun i tilfælde, hvor det på trods af store og vedvarende bestræbelser ikke har været muligt at skabe enighed i udvalget, tilfalder den endelige beslutning om praksisplanens udformning regionsrådet.

Derudover at patientinddragelsesudvalget i regionen systematisk skal inddrages i drøftelserne af emner, der ligger inden for praksisplanens emneområder, samt at praksisplanen inden vedtagelsen skal forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Se i øvrigt Bekendtgørelse nr. 257 af 19/03/2014 om patientinddragelsesudvalg, Bekendtgørelse nr. 1569 af 16/12/2013 og Vejledning nr. 9005 af 20/12/2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Sundhedsstyrelsens rådgivning har afventet offentliggørelsen af bekendtgørelsen om praksisplanudvalg.

Generelle bemærkninger
Sundhedsstyrelsen har med interesse læst oplægget til praksisplan og bemærker, at praksisplanen tager udgangspunkt i styrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis. Sundhedsstyrelsen finder, at oplægget er et godt udgangspunkt for praksisplanudvalgets fremtidige arbejde omkring udvikling af almen praksis i Region Nordjylland.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Denmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Det bemærkes, at praksisplanen er udformet som en rammeplan, der angiver, hvilke yderligere indsatser der skal arbejdes videre med i planperioden. Praksisplanen skal dermed fungere som et dynamisk arbejdsredskab for planlægningen omkring almen praksis. Sundhedsstyrelsen finder det dog hensigtsmæssigt, at den færdige praksisplan i højere grad konkretiserer en række af de indsatser, som man har valgt at arbejde videre med.

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at der allerede nu er planer om at revidere praksisplanen, når de kommende sundhedsaftaler foreligger. Der er en tæt sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen. Praksisplanen er således den ramme, der sikrer grundlaget for sundhedsaftalernes gennemførelse i forhold til almen praksis.

Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde
Oplægget til praksisplanen indeholder en kort status over de nuværende sundhedsaftaler samt om arbejdet med de kommende sundhedsaftaler samt de § 2 aftaler, som er indgået i tillæg til sundhedsaftalerne.

I oplægget til praksisplan planlægges derudover en række indsatser med henblik på at understøtte almen praksis i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen finder disse indsatser væsentlige og ser frem til, at de bliver konkretiseret af praksisplanudvalget.

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at oplægget til praksisplan blandt andet har fokus på styrkelse af almen praksis' rådgivning, supervision og tilgængelighed fra og til samarbejdsparter i sundhedsvæsenet vedrørende det konkrete patientforløb, hvilket er i overensstemmelse med styrelsens anbefaling. Emnet kan hensigtsmæssigt konkretiseres i den endelige praksisplan.

I forbindelse med færdiggørelsen af praksisplanen bør der derudover være fokus på, at praksisplanen i relevant omfang sammenfatter de opgaver, som almen praksis er forpligtede til at udføre i henhold til gældende sundhedsaftaler.

Derudover bør være fokus på, at praksisplanen indeholder forslag til implementeringen af disse opgaver i almen praksis.

Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen
Oplægget til praksisplan beskriver tre overordnede temaer for sammenhængen mellem almen praksis og det regionale sundhedsvæsen samt sammenhængen mellem praksisplanen og regionens sundhedsplan og øvrige delplaner til denne. Sundhedsstyrelsen finder disse temaer meget relevante for samarbejdet og ser frem til, at de konkretiseres yderligere, herunder i forhold til relevante patientgrupper og/eller indsatser.

I oplægget til praksisplan planlægges derudover en række yderligere indsatser omkring almen praksis' rolle og opgaver i det regionale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen finder disse indsatser væsentlige og ser frem til at de bliver konkretiseret i praksisplanudvalget.

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at oplægget til praksisplan har fokus på sygehusenes understøttelse af diagnostik og behandling i almen praksis, hvilket er i overensstemmelse med styrelsens anbefaling.

Ligeledes findes det positivt, at oplægget til praksisplan beskriver arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed i almen praksis. Sundhedsstyrelsen finder dette arbejde væsentligt og ser frem til, at det konkretiseres særligt omkring planlægningen af implementering og opfølgning på de opgaver, der indgår i praksisplanen.

Lægedækning og tilgængelighed
Oplægget til praksisplan indeholder en god beskrivelse af den aktuelle lægekapacitet i almen praksis i Region Nordjylland, samt de udfordringer, som regionen står over for fremadrettet, ligesom der er en god beskrivelse af regionens foreløbige erfaringer med sundhedshuse og regionsledede klinikker. I den forbindelse er der fokus på sårbare områder, og det fremgår, at udfordringen lige nu primært er på at få besat ledige ydernumre. Først senere vil der være behov for at ændre antallet af ydernumre i de enkelte kommuner.

Sundhedsstyrelsen finder det i den forbindelse positivt, at praksisplanudvalget for Region Nordjylland vil sikre en årlig opfølgning på kapaciteten, så man kan følge op på konkrete tiltag, samt at der skal udarbejdes profiler for de enkelte praksisområder. Ligeledes findes det hensigtsmæssigt, at man anvender kommunerne som planlægningsområder.

Oplægget til praksisplan indeholder derudover en række indsatser, som regionen har iværksat med henblik på at sikre rekruttering og fastholdelse til almen praksis i regionen. Sundhedsstyrelsen finder det vigtigt at sikre en stabil lægedækning med fastansatte læger, der kan sikre gennemgående patientforløb med en kendt læge. Sundhedsstyrelsen finder det derfor positivt, at der er fokus på forskellige typer af indsatser, herunder på uddannelse af læger til almen praksis samt andre rekrutteringsfremmende tiltag.

Ligeledes finder styrelsen det positivt med fokus på uddannelse af praksispersonale til at varetage en række opgaver i almen praksis. I den forbindelse skal det præciseres, at lægen har ansvaret for patientforløbet, også når den direkte kontakt til patienten varetages af en sygeplejerske eller andet personale.

Sundhedsstyrelsen ser frem til at modtage den færdige praksisplan.

Med venlig hilsen

Jette Jul Bruun
Enhedschef

BILAG

MVK/ Januar 2014

Lægedækningsberegning 2013

Kommune	Antal			Difference antal		Difference procent	
	Sikrede	Borgere	Ønsket	Sikrede	Borgere	Sikrede	Borgere
Brønderslev	30.050	35.634	30.600	550	-5.034	1,8%	-14,1%
Frederikshavn	61.512	60.517	64.649	3.137	4.132	5,1%	6,8%
Hjørring	69.758	65.363	73.262	3.504	7.899	5,0%	12,1%
Jammerbugt	33.566	38.343	33.107	-459	-5.236	-1,4%	-13,7%
Læsø	1.783	1.837	3200	1.417	1.363	79,5%	74,2%
Mariagerfjord	41.785	42.022	45.950	4.165	3.928	10,0%	9,3%
Morsø	22.303	20.993	21.975	-328	982	-1,5%	4,7%
Rebild	27.178	28.821	30.000	2.822	1.179	10,4%	4,1%
Thisted	44.200	44.255	43.143	-1.057	-1.112	-2,4%	-2,5%
Vesthimmerland	39.357	37.487	42.550	3.193	5.063	8,1%	13,5%
Aalborg	209.775	205.614	223.429	13.654	17.815	6,5%	8,7%
RN	581.267	580.886	611.865	30.598	30.979	5,3%	5,3%

Antal sikrede er pr. 1. januar 2014, antal borgere er pr. 1. oktober 2013, antal ønskede er på baggrund af Lægedækningsberegning 2013. Medtagne praksis er praksis pr. 1. januar 2014.

Tillæg til Praksisudviklingsplanen

Samarbejdsudvalget for almen lægers strategi for rekruttering

Samarbejdsudvalget for almen læger har udarbejdet en praksisudviklingsplan for perioden 2012-2015. I planen beskrives en række strategiske indsatsområder til sikring af den fortsatte kapacitet i almen praksis i Nordjylland i planperioden.

Dette notat samler de beskrevne indsatser omkring rekruttering samt præciserer anvendelsen af særligt individuelle rekrutteringsredskaber. Formålet er at tydeliggøre for de praktiserende læger, hvilke muligheder Samarbejdsudvalget tilbyder i forhold til at understøtte rekrutteringen.

Første del beskriver de generelle indsatser, som skal understøtte almen praksis og herunder de yngre lægers uddannelse og nedsættelse i Nordjylland. Den anden del beskriver anvendelsen af individuelle rekrutteringstiltag i de områder, hvor der er en meget problematisk lægedækning.

Udvikling, organisering og optimering af almen praksis

Samarbejdsudvalget ønsker at understøtte udvikling af almen praksis i forhold til at sikre tilstrækkelig kapacitet i almen praksis og bedre mulighed for, at de praktiserende lægers kompetencer anvendes til lægefagligt arbejde.

Brug af praksispersonale

Det er vigtigt, at der sikres effektiv brug af de praktiserende lægers tid. Dette kan bl.a. ske via organisationsændringer og opgaveglidning inklusiv øget brug af praksispersonale. Ansættelse af praksispersonale kan også være en måde at lette hverdagen på og dermed et incitament for den enkelte læge i forhold til at overveje at udsætte pensioneringstidspunktet.

Praksispersonale kan være sekretær, andet administrativt personale, kliniske farmaceuter, sygeplejersker, diætister, bioanalytikere og andre faggrupper, der kan afhjælpe den praktiserende læge med ikke-lægefaglige opgaver.

Øget brug af praksispersonale må ikke være betinget af, at lægerne selv skal oplære deres personale, hvilket både er tidskrævende og en ineffektiv udnyttelse af de lægefaglige ressourcer. En lille gruppe læger og deres praksispersonale har derfor defineret hvilke sundhedsfaglige og administrative opgaver, de kunne ønske lagt ud til ikke-lægefagligt personale.

På denne baggrund er der oprettet en formaliseret, standardiseret videreuddannelse for praksispersonale ad to spor: ét for det sundhedsfaglige personale – diplomuddannelse som konsultationssygeplejerske i almen praksis - og ét for det administrative personale – praksisadministratoren. Videreuddannelsen finder sted i Kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjyllands (Nord-KAP) regi.

Nord-KAP er oprettet med den overordnede funktion at formidle samarbejde og igangsætte/koordinere nye initiativer inden for kvalitet, forskning og uddannelse i almen praksis. Her er der mulighed for at hente viden og erfaringer, men også for at blive understøttet i forbindelse med nye initiativer i egen praksis inden for alle tre områder.

PLO-Nordjylland og Region Nordjylland vil støtte de praktiserende læger i opgaveglidning til praksispersonale, da en sådan udvikling vil kunne aflaste de praktiserende læger og give dem rum til at koncentrere sig om kerneydelsen som læge.

En god speciallægeuddannelse i Almen Medicin

Et attraktivt uddannelsesmiljø, som får medicinstuderende til at vælge Nordjylland, som deres uddannelsessted er en forudsætning for senere rekruttering til nedsættelse i almen praksis. Samarbejdsudvalget ønsker at understøtte en god speciallægeuddannelse i almen medicin.

Uddannelse kombineret med forskning/kvalitetsudvikling

Regionen er i færd med at udvikle en model, hvor der hvert år reserveres en pulje forskningsmidler i form af et antal måneders ansættelse, kursusgebyrer samt udgifter til materiel. Denne kombination af frikøbsmåneder fra uddannelsestiden, kursusgebyrer samt indkøb af materiel skal kunne søges af læger i hoveduddannelse i Almen Medicin i regionen, dog med den begrænsning at forskningen skal have opstart inden lægen starter i fase 3, således at forskningsperioden ikke strækker sig hen over uddannelsens afslutning og tidspunktet for anerkendelse som speciallæge.

Der arbejdes med en model, hvor regionen vil reservere midler til løn, kursusgebyrer og materiel svarende til en fuldtidsforsker om året. Disse midler skal kunne søges af forskningsinteresserede læger under speciallægeuddannelse i specialet Almen Medicin i Region Nordjylland. Det vil være muligt at søge finansiering til både små og større projekter.

Præsentation af specialet Almen Medicin

Specialet Almen Medicin har i samarbejde med Region Nordjylland igennem de seneste år inviteret studerende på medicinstudiets sidste semestre samt læger i klinisk basisuddannelse i regionen i almen praksis til en række arrangementer, som løber af stabelen to gange om året. Arrangementerne har til hensigt dels at præsentere specialet tidligt i de unge lægers karriere og dels at omsætte teoretisk viden til praktiske håndgreb og knowhow. Desforuden er det et formål at skabe en ramme, hvor medicinstuderende i Aalborg og basislæger i Region Nordjylland kan mødes på tværs og udveksle erfaringer omkring overgangen mellem studie og klinik samt skabe netværk.

Regionen som et attraktivt område at nedsætte sig i almen praksis

Samarbejdsudvalget ønsker at være nære og tydelige samarbejdspartnere for de kommende almen praktiserende læger. I ønsket om dette er der iværksat konkrete tiltag, som skal befordre overgangen fra uddannelseslæge til selvstændig praktiserende læge.

Kursus i praksisovertagelse

I samarbejde med tillidsmandssystemet for yngre læger i almen praksis i Region Nordjylland er der oprettet et kursus i praksisovertagelse, som læger under uddannelse i Almen Medicin gratis kan deltage på. Kurset har en varighed på to dage. Kurset er et supplement til de kursusdage omkring juridiske forhold ved praksiskøb, som er en del af de obligatoriske kurser under uddannelsen.

Mentorordninger

Læger under uddannelse er, ud over den formelle uddannelse, i gang med en professionel udvikling. PLO-Nordjylland og regionen ønsker at understøtte de kommende praktiserende lægers proces i forhold til at udvikle sig både professionelt og menneskeligt. Udvikling og uddannelse på begge niveauer kræver refleksion over hændelser i de sammenhænge, uddannelseslægerne indgår i med læring og udvikling som mål. Og støtte til denne dobbeltproces er netop en opgave for en mentor.

PLO-Nordjylland arbejder med at oprette en ordning med administrative tutorer, hvor uddannelseslæger inden for Almen Medicin via det lokale lægelaug kan få tildelt en administrativ

tutor. Den administrative tutor skal lette indføringen i den administrative del af at drive egen praksis.
Regionen undersøger interessen for en mere klassisk mentorordning. En mentorordning der skal fungere som supplement til den allerede igangværende uddannelse, men som på en anden baggrund kan være med til at skubbe til både den faglige og den personlige udvikling hos uddannelseslægen.

Synliggørelse af muligheder for praksisnedsættelse

PLO-Nordjylland og regionen er enige om, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis kommende praktiserende læger kan få nem adgang til et samlet overblik over informationer omkring ledige ydernumre og hvilke praksis, der er til salg i regionen. De specifikke informationer omkring ledige ydernumre og praksissalg er at finde på hjemmesiden www.almenpraksis.rn.dk. Siden er også suppleret med andre informationer omkring muligheder og tiltag for uddannelseslæger og nyuddannede speciallæger i Almen Medicin.

Strategi for anvendelse af individuelle rekrutteringstiltag

Regionen har problemer med sikringen af lægedækningen i dele af regionens områder pga. af vanskeligheder med rekruttering af nye læger. Med henblik på at sikre borgerne i disse områder adgang til lægebetjening fra almen praksis, er der behov for særlige initiativer til at understøtte generationsskifter og nynedsættelser i disse områder.

Problemerne har forskellig tyngde i områderne og derfor kan det være relevant, at løsningsmodellerne og den økonomi, der knyttes til disse differentieres for de forskellige områder.

I det følgende beskrives problemerne omkring lægedækningen i regionen, og der foretages en vurdering af i hvilke områder, det vil være relevant, at regionen anvender individuelle rekrutteringstiltag for at sikre tilstrækkelig lægefaglig kapacitet i almen praksis i disse områder. Der vil i forbindelse med vurderingen også blive foreslået et antal aftaler, som kan indgås for det pågældende område. Formålet med dette er at der skabes synlighed omkring de aftaler, der er mulighed for at opnå i forbindelse med nedsættelse og dermed også synlighed omkring, hvor regionen ikke vil indgå aftaler.

Regionen bygger i samarbejde med kommuner og de praktiserende læger i de kommende år 4 sundhedshuse i områder med lægedækningsproblemer. Det er vurderingen at disse huse vil få en positiv effekt på rekrutteringssituationen i disse områder, hvilket også vil blive inddraget i fastlæggelsen af behovet for individuelle aftaler.

Der kan ses en generel tendens til, at flere lægepraksis ønsker et patienttal over 1.600 patienter pr. læge. Det er særligt lægepraksis med flere læger samt læger med udsigt til fortsat praksisdrift i flere år, der ønsker dette. Overenskomstens forhøjelse af basishonoraret har formentlig medvirket til at øge denne tendens. På den baggrund vil vurderingen af rekrutteringsindsatsen også baseres på, at nye læger generelt vil ønske et højere patienttal end mange af de nuværende ældre læger. Et generationsskifte bør altså udløse en større kapacitet i almen praksis end den nuværende i de områder, hvor der i dag er et ”normalt” gennemsnitligt patienttal pr. læge.

Områder med lægedækningsproblemer

Mange elementer spiller ind på vurderingen af lægedækningsproblemet. I tabellen her er vist andelen af ydernumre, der står ledige, gennemsnitsalderen for de praktiserende læger samt det gennemsnitlige indbyggertal pr. praktiserende læge i kommunerne. Disse parametre kan alle være med til at belyse omfanget af lægemangel i kommunerne.

Kommune	Andel af ledige ydernumre	Gennemsnitsalder	Gennemsnitligt antal indbyggere pr. læge
Morsø	**50%**	**58 år**	**3.270**
Jammerbugt	**32 % *)**	**57 år**	**2.263**
Brønderslev	**25%**	**53 år**	**1.979**
Thisted	**17%**	**56 år**	**1.789**
Aalborg	13%	55 år	1.727
Frederikshavn	7,5%	57 år	1.652
Mariagerfjord	7%	54 år	1.626
Rebild	5%	55 år	1.600
Hjørring	5%	54 år	1.572
Vesthimmerland	4%	51 år	1.564
Læsø	0%	61 år	954

*) I Jammerbugt dækkes 4 af de ledige ydernumre af Regionsklinikken i Kaas.

Som det fremgår, er der i områderne Morsø, Jammerbugt, Brønderslev og Thisted mange indbyggere pr. læge, hvilket også afspejler sig i, at der er mange ledige ydernumre. Samtidig er det også blandt disse kommuner, at vi finder de højeste gennemsnitlige aldersprofiler for lægerne.

Det er vurderingen, at det er til disse 4 kommuner – omend med nogen lokal variation indenfor nogle kommuner, at det på nuværende tidspunkt vil være nødvendigt at tiltrække et ekstra antal læger for at sikre lægedækningen.

Der kan være stor variation i problemets omfang indenfor forskellige områder i kommunerne, hvorfor der kan være grund til at differentiere en rekrutteringsindsats på lokalområder indenfor kommunerne.

Bemærk, at når der i det følgende beregnes det gennemsnitlige patienttal pr. læge, så er det baseret på det konkrete antal patienter tilmeldt lægerne, i modsætning til opgørelsen ovenfor, som er baseret på indbyggertallet i kommunen. Indbyggertal pr. læge siger noget generelt om lægemanglen i en kommune, mens det konkrete patienttal pr. læge er en indikator for presset på de eksisterende læger i et lokalområde.

Morsø kommune

Situationen på Mors er, at mange års lægemangel og ophør af lægepraksis har betydet, at de eksisterende lægepraksis har et meget højt antal patienter pr. læge. Dette er udfordring for et generationsskifte, da yngre læger typisk finder, at opgaven med at overtage en lægepraksis med et meget højt patienttal er for stor en opgave. Det kan derfor hindre, at der er nye læger, som vil være interesserede i at overtage de nuværende praksis.

De eksisterende praksis på Mors har opslugt de patienter, der havde behov for lægeskifte i forbindelse med de tidligere lægeophør. Der er således ikke nogen lægeløse patienter, som en yngre læge kan opstarte en praksis med. Samtidig er udsigten til at nedsætte sig i et område med lægemangel, og de faglige og kollegiale udfordringer dette medfører en hindring for, at området er attraktivt for nye læge.

Samlet er vurderingen derfor, at Morsø kommune udgør den største udfordring i forhold til rekrutteringen af nye læger. Det er således også her regionen må tilbyde de mest favorable vilkår for nye læger.

Jammerbugt kommune

I Jammerbugt kommune er der behov for en rekrutteringsindsats i hele kommunen. Problemernes karakter er dog forskellig fra den vestlige del af kommunen (Fjerritslev/Brovst) til den østlige del (Pandrup/Aabybro).

Vestlige Jammerbugt

Der er i alt 8 læger i området. Deres gennemsnitsalder er 59 år og det gennemsnitlige patienttal er 1.983 patienter pr. læge. Praksisstrukturen er kendetegnet ved 1 kompagniskabspraksis i Fjerritslev samt 4 solo- og mindre kompagniskabspraksis i et samlet lægehus i Brovst.

Der er etableret et sundhedshus i det tidligere Brovst Sygehus, hvor der vil være mulighed for nedsættelse.

Den høje gennemsnitsalder for lægerne samt det høje patienttal indebærer, at der er behov både for rekruttering af yderligere læge samt for generationsskifter i området.

Østlige Jammerbugt

I det østlige Jammerbugt driver regionen en regionsklinik i Kaas, som dækker 4 lægekapaciteter med i alt 7.000 patienter. Denne praksis skal på sigt overdrages til læger til drift efter overenskomstens almindelige regler.

Herudover er der 7 læger i området med en gennemsnitsalder på 62 år. De har i gennemsnit 1.652 patienter pr. læge.

Praksisstrukturen er udover regionsklinikken kendetegnet ved kompagniskabspraksis – 1 stor og 2 små. Der er ingen sololæger tilbage i området.

Der etableres i 2013 et behandlerhus i Pandrup-området.

Der er behov for rekruttering af nye læger til overtagelse af regionsklinikken. Udfordringen her er, at der er tale om en stor praksis med mange patienter. Den skal derfor overtages af en gruppe læger eller opsplittes i mindre praksis. Det kan særligt blive en udfordring at finde læger til overtagelse af den samlede klinik.

Herudover er der behov for generationsskifter i området, da gennemsnitsalderen er høj. Der vurderes dog ikke at være behov for rekruttering af yderligere lægekapacitet, da det gennemsnitligt patienttal er normalt i de eksisterende praksis.

Brønderslev kommune

Også i Brønderslev kommune er der grund til at vurdere lægedækningsproblemet i henholdsvis den vestlige del (Brønderslev) og den østlige del (Dronninglund og Hjallerup), da udfordringerne ikke er ens.

Vestlige Brønderslev

Der er 10 læger i området. Gennemsnitsalderen er 51 år og det gennemsnitlige patienttal pr. læge er 1.666.

Praksisstrukturen er kendetegnet ved mange sololæger i samarbejdspraksis og en enkelt mindre kompagniskabspraksis.

Der opføres et sundhedshus i Brønderslev by i 2014 i samarbejde med kommunen.

Det gennemsnitlige patienttal i det vestlige Brønderslev er normalt. Det dækker dog over det forhold, at manges års lægemangel i området har betydet, at patienter fra Brønderslev er tilmeldt lægepraksis i kommunerne omkring Brønderslev. Det gør sig særligt gældende for den vestlige del af kommunen. Det afspejler sig bl.a. i, at der er et højt gennemsnitligt antal indbyggere pr. læge. Dette ligger over det gennemsnitlige patienttal, der konkret er tilmeldt hos lægerne. Det kommer også til udtryk ved, at der er mange ledige ydernumre i kommunen, på trods af at det gennemsnitlige antal patienter tilmeldt praksis, ikke er højere end normalt.

Vurderingen er derfor, at der til sikring af den fremtidige lægedækning for borgerne er behov for rekruttering af yderligere lægekapacitet. Til gengæld er der sket et antal generationsskifter i det seneste år, og det vurderes derfor, at der ikke er et behov for særligt at understøtte dette i denne del af kommunen. Etableringen af Sundhedshuset vil forventeligt have en positiv effekt på dette, når de næste generationsskifter i området skal gennemføres.

Østlige Brønderslev

Der er 8 læger i området. Gennemsnitsalderen er 56 år og det gennemsnitlige patienttal er 1.730 pr. læge.

Praksisstrukturen er kendetegnet ved kompagniskabspraksis samt et par sololæger. Sololægerne er henholdsvis 64 og 68 år.

Der er behov for rekruttering af yderligere lægekapacitet samt for understøttelse af generationsskifte. Praksisstrukturen er forholdsvis robust med to kompagniskabspraksis med 3 læger i hver. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis der kan ske en samling af praksis i området enten i de to kompagniskaber eller med etableringen af yderligere et kompagniskab i området.

Thisted kommune

Den områdevise vurdering af Thisted kommune kan opdeles i Sydthy, Thisted by samt Nordthy, da problemstillingerne i disse områder har forskellige karakter.

Sydthy

Der er 8 læger i området. Gennemsnitsalderen er 63 år og det gennemsnitlige patienttal er 1.498 pr. læge.

Praksisstrukturen er kendetegnet ved kompagniskaber og 1 enkelt solopraksis.

Der opføres et sundhedshus i området i 2013.

Patienttallet pr. læge er lavere end gennemsnittet i regionen. Til gengæld er der en meget høj gennemsnitsalder blandt de praktiserende læger, hvilket er et udtryk for, at det ikke har været muligt at rekruttere nye læger til dette område i mange år.

Der er således ikke behov for tilførsel af yderligere lægekapacitet til området, der kunne måske være basis for en reduktion af antallet af læger på sigt. Til gengæld er der et stort behov for at understøtte et generationsskifte i området. Vurderingen er, at etableringen af Sundhedshuset vil have en positiv effekt på dette i de kommende år, men at det er nødvendigt med en særlig indsats for at påbegynde rekrutteringen af nye læger med henblik på at starte en proces i området.

Thisted

Der er 12 læger i området. Gennemsnitsalderen er 50 år og det gennemsnitlige patienttal er 1.648 pr. læge.

Praksisstrukturen er kendetegnet ved mange solopraksis og 1 kompagniskabspraksis. 2 sololæger praktiserer uden for Dokken, alle øvrige praksis er beliggende i Dokken.

Der er generelt ikke lægemangel i Thisted by som følge af, at lægepraksis i Dokken i de senere år er blevet solgt til yngre læger. Der kan dog være behov for opmærksomhed på de 2 praksis beliggende udenfor Dokken, da disse eventuelt kan blive vanskelige at omsætte. Der er dog ikke behov for understøttelse af generationsskifte i de kommende år for disse praksis, men snarere mulighed for at blive tilknyttet et sundhedshus eller lignende.

Lægedækningen i Thisted By er i øjeblikket dog presset af, at lægerne her medvirker til sikringen af lægedækningen i hele Nordthy.

Nordthy

Det er 7 læger i området. Gennemsnitsalderen er 57 år og det gennemsnitlige patienttal er 1.886 patienter pr. læge.

Praksisstrukturen er kendetegnet ved 2 kompagniskabspraksis samt to solopraksis, som tidligere har været kompagniskabspraksis med to læger.

Der blev søgt om tilskud til etablering af Sundhedshus i Nordthy i ansøgningen til den statslige puljen, men der blev ikke givet bevilling hertil. Det er muligt, at der kan etableres et Sundhedshus med en privatinvestor i stedet.

Der er behov for tilførsel af ekstra lægekapacitet til området samt for understøttelse af generationsskifte.

Aftaleformer

Der anvendes tre forskellige former for individuelle aftaler i forbindelse med rekruttering.

Generationsskifteaftaler:

En generationsskifteaftale gives til en praksis, der overtages af en yngre læge. Aftalen giver den yngre læge mulighed for i en periode at tilkøbe ekstra arbejdsressourcer til at hjælpe med opstarten i praksis. Formålet er at aflaste den yngre læge arbejdsmæssigt, mens lægen kommer ind i opgaven med at være virksomhedsleder, personaleansvarlig, faglig ansvarlig m.v. Det skal dokumenteres overfor regionen, at en del af aftalen anvendes til tilkøb af ressourcer. Det kan være i form af den tidligere læge, vikarer eller andet personale. Herudover modtager den yngre læge også en bonus for nedsættelse. Til gengæld forpligtiger den yngre læge sig til at fastholde det eksisterende patienttal i praksis i aftaleperioden.

Etableringsunderstøttelse:

Med henblik på at understøtte en ny læges nedsættelse i en ledig kapacitet ydes en bonus for nedsættelse i områder med lægedækningsproblemer på tilsvarende vis, som under generationsskifteaftalerne. I de områder, hvor der etableres sundhedshuse, skal nedsættelserne tilknyttes disse.

Garanti for indtjening ved nynedsættelse:

Med henblik på incitament til nedsættelse i ledige kapaciteter i områder med permanent og sammensatte udfordringer ydes en kompensation for nedsættelsen i et ydernummer uden patienter. Kompensationen består i en garanti for samlet indtjening fra regionen på 1.500 pr. patient for i alt 1.600 patienter, uanset, hvor mange patienter praksis har tilmeldt. Garantien gælder i 3 år fra nedsættelsen.

I områder med sammensatte udfordringer og områder med vanskelig lægedækning ydes ved nedsættelse i et ydernummer uden patienter en garanti for udbetaling af basishonorar for op til 1.600 patienter i 3 år eller indtil praksis har tilmeldt 1.600 patienter indenfor de første 3 år

Forslag til plan for indgåelse af aftaler

Strategien omhandler anvendelsen af individuelle aftaler for nye læger med henblik på gennemførelse af generationsskifter med ældre læger samt nynedsættelser i praksis. Som det fremgår af ovennævnte er tyngden i problemerne ikke ens i de forskellige områder, hvilket vil afspejle sig i differentierede aftaler og økonomi i aftalerne. Regionen ønsker, at incitamenterne til nedsættelse er størst i de områder, hvor lægedækningen er mest presset.

Der anvendes derfor følgende differentiering af områderne:

1. Områder med permanent og sammensatte udfordringer – Morsø, Sydthy
2. Områder med sammensatte udfordringer – Nordthy, Østlige Brønderslev, Vestlige Jammerbugt
3. Områder med vanskelig lægedækning – Vestlige Brønderslev, Østlige Jammerbugt

	Generationsskifteaftale	Etableringsaftale
Morsø	2	2
Vestlig Jammerbugt	1	1
Østlige Jammerbugt	1	4 *)
Vestlige Brønderslev	0	1 *)
Østlige Brønderslev	2	1
Sydthy	3*)	0
Nord Thy	2	1
Ialt	10	8

*) skal tilknyttes Sundhedshuset

Sammen med etableringsaftalerne om nedsættelse i 0-ydernumre ydes der garantibetaling jf. afsnit om aftaleformer.

Bilag: Antal ordninger

Ordninger på Mors:
Behov for generationsskifte for to ældre læger samt 2 nynedsættelser med mulighed for garantiaftale.

Lægerne kan endvidere blive omfattet af rammeaftalen for Mors i dennes løbetid.
Regionen kan stille lokaler med udstyr til rådighed for praksisdrift i behandlerhuset på Nykøbing Mors mod, at lægen betaler et administrationsbidrag til regionen for driftsudgifterne.

Ordninger i Nordthy:
2 generationsskifteaftaler og 1nynedsættelse med mulighed for garantiaftale

Lægerne kan endvidere blive omfattet af rammeaftalen for Thy i dennes løbetid.

Ordninger i Sydthy:
3 generationsskifteaftaler
Lægerne kan endvidere blive omfattet af rammeaftalen for Thy i dennes løbetid.

Det er en forudsætning for aftalerne, at praksis flytter ind i det nye sundhedshus, når dette står klart.

Ordninger i Vestlige Jammerbugt:
1 generationsskifteaftale og 1 nynedsættelse med mulighed for garantiaftale

Ordninger Østlige jammerbugt:
1 generationsskifteaftale
4 nynedsættelser med overtagelse af regionsklinikken med mulighed for garantibetaling. Det er en forudsætning, at praksis nedsætter sig i Sundhedshuset, når det er færdigt. Mulighed for garantiaftale

Ordninger i Vestlige Brønderslev:
1 nynedsættelse med mulighed for garantiaftale. Forudsætning om, at praksis flytter til Sundhedshuset, når det er færdigt.

Ordninger Østlige Brønderslev:
2 generationsskifteaftaler og 1 nynedsættelse med mulighed for garantiaftale

Notat om styrkelse af samarbejdet imellem Region og PU for at styrke almen praksis som et integreret omdrejningspunkt i det nordjyske sundhedsvæsen.

Disposition:
1. Indledning
2. Formål
3. Indsatsområder
4. Økonomi
5. Den fremadrettede proces
6. Udfordringer for aktørerne

1 Indledning:

En velfungerende almen praksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen er en forudsætning for øget sundhed, patientoplevet kvalitet over tid og rationel brug af ressourcer.

Barbara Starfield har vist, at følgende forudsætninger for almen praksis skal være opfyldt:

1. Fri, gratis og lige adgang
2. Veludbygget gatekeeperfunktion
3. Personrelateret kontaktmønster frem for diagnoserelateret
4. En integreret og forpligtet del af det sammenhængende sundhedsvæsen

De 3 første punkter er opfyldt i DK – den 4. udfordrer.

Vi har i RN en størrelse, en tradition og et tæt samarbejde, som gør det muligt at fokusere på punkt 4.

Der har længe været fokus på, at organiseringen af almen praksis i små enheder med privat ejerskab har skabt en stor variation i adfærd. Den enkelte praksis har ikke været en forpligtet del af det samlede sundhedsvæsen. Dette blev der rådet bod på i forbindelse med sidste overenskomst, hvor parterne forpligtede sig - se protokollat nr. 2.
Udover den store implementeringsopgave, som den seneste overenskomst har udløst, har praksis i RN været belastet af betydelige politiske udfordringer omkring rekruttering, fastholdelse og lægedækning.

2 Formål: Med dette notat vil vi gerne igangsætte en proces, hvor vi i Region Nordjylland får en visionær handleplan for udviklingen i primærsektor med udgangspunkt i et tæt samarbejde imellem aktørerne og med mod til at afprøve nye forpligtende samarbejdsmodeller.

Oplægget skal ses som en ramme, som skal fyldes ud af parterne og omsættes til en konkret handleplan. Dele af oplægget kan udelades – men muligheden for at nå en succes kommer måske netop af, at man tør tænke og satse bredt.

Det vil under alle omstændigheder være nødvendigt med et styrket partnerskab imellem AP, kommuner, Region og PU, der hele tiden afspejler gensidig respekt og en fælles vision på området. Dette kan understøttes af en fælles informationsstrategi, der fokuserer på succes og muligheder frem for det modsatte.

Visionen i RN kunne være:
- en almen praksis, som er velintegreret og velkoordineret med det øvrige sundhedsvæsen via brug af Datafangst, FMK, telemedicin / IT konferencer, patienttilfredsheds undersøgelser, den danske kvalitetsmodel,
- en almen praksis, der i tæt samarbejde med Regionen afprøver og integrerer moderne teknologi med det formål at højne kvaliteten i det primære sundhedsvæsen.
- en almen praksis, der arbejder evidensbaseret ud fra vel implementerede vejledninger med specielt fokus på kronikerindsats, sårbare grupper, ældre patienter.
- en almen praksis, der i høj grad har fokus på systematisk efteruddannelse på klinikniveau, som støtter tværfaglighed og inddrager videreuddannelsen af uddannnelseslæger i kvalitets- og forskningsarbejdet.

- kort sagt: visionen er, at Region Nordjylland via et tæt samarbejde imellem Region, Kommuner, Sygehuse og almen praksis skaber den mest velfungerende primær sektor i DK

3 Indsatsområder:

Opgaverne skal løses i den sektor, hvor det er mest rationelt både af hensyn til patienten, kvaliteten og økonomien. Opgaveflytning skal følges af en omfordeling af de økonomiske ressourcer.
Praksis drift skal understøttes af brug af god elektronisk kommunikation og nyeste IT.
Der skal være et forpligtende samarbejde med systematiske implementeringsstrategier med løbende dokumentation og forskning tilknyttet.
Indsatsområderne kan opdeles på følgende måde:

1. Kommunikation og IT:

Der er i Region Nordjylland en række IT projekter, der kan støtte patientbehandlingen
TeleCare Nord er et telemedicinsk projekt til kontrol og behandling af KOL patienter.
Korrespondancemodul og Videokonferencer: Der er etableret korrespondancemoduler, en effektiv brug heraf kræver, at logistikken sikres, så det kan fungere som et effektivt kommunikationsredskab. Videokonferencer kunne etableres og dermed sikre f.eks. rationel deltagelse i udskrivnings konferencer og dermed afhjælpe nogle af problemerne ved sektorovergang.
Netværkspraksis: Der er i nuværende overenskomst en mulighed for at etablere et nærmere samarbejde imellem flere praksis, dette kunne understøttes for at hjælpe med uddannelse eller f.eks. fælles journalsystemer og dermed hjælpe i patientbehandlingen ved ferier og fravær
Telefonsystem: Et fælles regionalt telefonsystem kunne afhjælpe problemerne med telefontilgængelighed og kunne løse mere akut telefonpasning.
Datafangst: Fortsat systematisk arbejde med at anvende de registrerede data til kvalitetsforbedring i den enkelte klinik og i en større sammenhæng ved samarbejde med kommuner og region

IT beslutningsstøtte: Lægehåndbogen og regionale forløbsbeskrivelser herunder pakkeforløb kan sikre opdateret udredning og behandling

---

2. Samarbejde med de øvrige aktører på sundhedsområdet

Rationel brug af pakkeforløb og af Diagnostisk center med fokus på at pakkerne anvendes på de rette målgrupper
Fortsat forbedret kronikeromsorg herunder et intensiveret samarbejde med kommunerne om forebyggelse, tidlig diagnosticering og rehabilitering.
Stratificering af indsatsen med fokus på sårbare grupper og højrisiko patienter.
Diagnose og kodningskvalitet – brug af data på tværs af sektorer.
Fokus på ulighed i sundhed (Den ældre med. pt. – andre sårbare grupper –multisygdom)
Intensiveret arbejde omkring forebyggelige indlæggelser – med implementering af opfølgende og opsøgende hjemmebesøg hos relevante patienter

3.Påvirkning af praksis

Rationel farmakoterapi specielt med fokus på medicingennemgang, seponering og behandling i henhold til vejledninger – med patienten i fokus
Rationel brug af laboratorieundersøgelser i overensstemmelse med guidelines og i sammenhæng med det samlede væsen. Minimere merforbrug – i et samarbejde imellem sygehus og AP
En mere proaktiv tilgang til de sårbare grupper så som misbrugere, psykisk syge, ældre og anden etnisk baggrund
Rationel brug af billeddiagnostik herunder adgang til brug af nyere undersøgelsesmetoder efter fælles aftalte retningslinjer
Relevant brug af moderne Billeddiagnostik og traditionelle røntgenundersøgelser med det formål at mindske henvisningsfrekvensen til sekundær sektor
Ejerskab i den enkelte praksis til vejledninger som skal implementeres i en aftalt rækkefølge og kadence.

4. Forskning Fokus på implementering af vejledninger

Samarbejde med Danish Center for Healthcare Improvements v. Lars Ehlers om MTV rapporter og Økonomi
Praksis skal stimuleres til mindre forsknings-/kvalitetsudviklingsprojekter, gerne med udgangspunkt i DDKM og datafangst.

5. Uddannelse

Uddannelse er vigtig for at sikre implementering af ny viden. I region Nordjylland forslås at der etableres mulighed for systematisk efteruddannelse af de praktiserende læger herunder udbygning af dialogmøder på udvalgte områder
Personaleuddannelsen er etableret med kurser specielt rettet mod almen praksis.
Vi skal udbygge de gode erfaringer med fælles skolebænk og tværsektoriel undervisning.
Udd. Af bloklæger skal intensiveres for at sikre rekruttering.

Snitfalden til Universitetet skal udbygges med fokus på udvikling af fælles kvalitets- og forskningsprojekter.

4 Økonomi

En forudsætning for at implementere en ambitiøs handleplan for AP er, at de økonomiske forudsætninger er aftalt. Det forventes ikke, at der tilføres yderligere midler til det samlede sundhedsvæsen. Finansiering må derfor bygge på:

1. Besparelsesmuligheder
2. Omfordeling imellem sektorerne med konstant fokus på LEON-princippet

Der har undervejs været forhandlinger om, hvordan AP deltagelse i implementeringstiltag skal honoreres. Dette er ikke løst hverken på nationalt eller regionalt niveau. En forudsætning for en succesfuld forandringsproces er, at der aftales en samlet ramme for praksis deltagelse i møder og uddannelse. Dette koncept har været afprøvet i Region Midt i forbindelse med kronikerkompasset med succes.

Ad 1.: Besparelsesmuligheder:
Reducere udgifter til medicin
Der er allerede reduceret i betydelig grad i udgifterne til medicin i AP. Fortsat er der dog områder, hvor der eksisterer et besparelsespotentiale indenfor udvalgte stofgrupper.
Herudover er der formentlig et betydeligt besparelsespotentiale ved medicingennemgang med fokus på seponering af uhensigtsmæssig medicinering.

Kvalitetssikre brug af laboratorieundersøgelser herunder at reducere forbruget
Her har udgifterne været stigende igennem de senere år – formentlig som følge af en mere systematisk kronikerindsats. Imidlertid kan antallet af laboratorieydelser formentlig reduceres uden der sker kvalitetsmæssige forringelser.
Der kan med fordel laves en analyse med fokus på brug af laboratorieydelser både i primær- og sekundær sektor.

Billeddiagnostiske undersøgelser – øget adgang – sikre mod dobbeltus.
Konferencemulighed ved abnorme fund.
Øget mulighed for billeddiagnostik vil nedsætte ventetid i udredningsforløb og øge almen praksis mulighed for udredning og dermed bevare patientkontakten

Forebyggelige indlæggelser specielt med fokus på den ældre medicinske pt.
Parterne kunne forpligte hinanden på at løse lægedækningsproblemet via støtte til satellit praksis og mere formaliseret samarbejde med organisatorisk og personalemæssig støtte som alternativ til de regionsdrevne klinikker herunder udbygning af netværkspraksis som tidligere nævnt.

Ad 2 Opgaveflytning

Løbende fokus på hvor opgaver løses mest kvalificeret ud fra LEON-princip.
Fælles udvikling af akutte og subakutte alternativer til indlæggelse i et tæt samarbejde med kommunerne – bl.a. inspireret af de norske ”intermediærenheder”
Udvikling af en langt højere grad af konsulentfunktion fra sekundær- til primær sektor.

Inddragelse af de praktiserende speciallæger i det sammenhængende sundhedsvæsen med en høj grad af konsulentforpligtelse hos disse.

Det er en forudsætning, at såvel PU som Region er villige til at satse på omlægningen – det kan af gode grunde ikke skabes sikkerhed for resultater – men man kan bruge forsigtige estimater.

5 Den fremadrettede proces i forhold til dette notat

1. Nedsættelse af arbejdsgruppe, der kvalificerer notatet herunder udarbejder et beslutnings- tids- og implementeringsplan
Parterne kunne arrangere en inspirationstur til Norge, hvor man i forbindelse med samhandlingsplanen arbejder med at styrke almen praksis
Det vil være nødvendigt tidligt at inddrage kommunerne i arbejdet.
2. Politisk godkendelse af planen
3. Nedsættelse af en styregruppe, en implementeringsgruppe og ansættelse af en projektleder

6 Udfordringer for aktørerne:

- Hvad kan PU bidrage med:

  1 støtte en honorering af merarbejdet som en samlet ramme som tildeles den enkelte klinik og som forpligter klinikken til at stille tid til rådighed for implementerings-, uddannelses- og udviklingsarbejde
  2. forpligte sig til at afprøve modeller for at løse en samlet dækning i RN af lægemangel – herunder arbejde med satellit praksis
  3. støtte forsøgsprojekt med sikret efteruddannelse
  4. støtte netværkspraksistanken

- Hvad kan regionen bidrage med:

  1. acceptere en forsøgsmæssig fritagelse for økonomiprotokollatet
  2. at flytte ressourcer imellem sektorerne
  3. frigøre ressourcer fra lægedækning og fastholdelse til honorering af klinikkers organisatoriske arbejde.
  4. inddrage kommuner og lave en forpligtende aftale
  5. stille konsulenter til rådighed – forestå konsulentuddannelse

- Hvad kan Nord-KAP bidrage med:
  1. fokusere på besparelser indenfor medicin og laboratorieydelser
  2. fokusere på forebyggelige indlæggelser, ulighed i sundhed og sårbare patienter
  3. omstille konsulentkorps til dels gruppe der arbejder med kliniske vejledninger, information og dels konsulenter der påvirker praksis
  4. deltage i forsknings- og uddannelsesdelen
  5. inddrage uddannelseslægerne i hele processen

- Hvad kan den enkelte klinik bidrage med:

1. stille den aftalte tid til rådighed til kvalitetsmæssigt og organisatorisk arbejde
2. arbejde systematisk med de nye tiltag i seneste overenskomst (ICPC, datafangst, patienttilfredshedsundersøgelser (evt. Dan-pep), DDKM)
3. øget fokus på håndtering af medicin, lab. og skrøbelige patienter
4. arbejde systematisk med implementering af kliniske vejledninger
5. opdateres på moderne kommunikation