

Høringsudkast

**Praksisplan
for
almen praksis
2015-2018**

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
1. Formål og rammer for Praksisplanen.....	4
a. Praksisplanudvalget.....	4
b. Praksisplanen	4
c. Organisering og proces	5
2. Udfordringer og visioner	7
a. Udfordringer	7
b. Visioner.....	8
3. Fem indsatsområder	10
4. Sundhedsaftale.....	11
a. Sundhedsaftalen og Praksisplanen.....	11
b. Samarbejdet omkring Sundhedsaftalen og Praksisplanen	13
5. Lægedækning	15
a. Principper og politikker	15
b. Rekruttering og fastholdelse.....	17
c. Sundhedsdækning på øerne.....	17
6. Sygebesøg	19
a. Fakta	19
b. Politiske fokusområder.....	20
c. Principperne i en ny model	21
7. Samtalerapi.....	23
a. Fakta	23
b. Mål og udfordringer	24
c. Principperne i en ny model.....	24
8. Nationale tiltag.....	26
a. Igangværende indsatser.....	26
b. Fremtidige indsatsområder	26
9. Perspektivering	28

Indledning

Almen praksis er for de fleste borgere indgangsporten til sundhedsvæsenet. Almen praksis spiller derfor en central rolle for borgerne, men er samtidig en vigtig aktør og samarbejdspartner for kommunerne, sygehusene og øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

Samtidig er almen praksis arbejdsplads for flertallet af speciallæger i almen medicin og et sundhedsvæsen med almen praksis som omdrejningspunkt betyder høje krav til de praktiserende lægers opgavevaretagelse og samarbejde med borgere og øvrige aktører.

Region Sjællands borgere skal opleve et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen. Borgerne skal opleve, at uanset hvem de er, og hvad de fejler, tilbydes de samme muligheder og samme høje standard. Med almen praksis som indgangsport er den første grundforudsætning, at alle regionens borgere er tilknyttet en praktiserende læge. Erfaringerne viser, at der skal gøres en ekstraordinær indsats for at rekruttere og fastholde praktiserende læger til alle dele af regionen.

Lægedækning er ét af de emner, som Praksisplanudvalget har arbejdet med. Et andet væsentligt emne er Sundhedsaftalen, hvor det defineres, hvordan der skal arbejdes med at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen og en prioritering af opgaverne, således at de knappe ressourcer anvendes på bedst mulige måde til gavn for flest mulige.

Set i lyset af ovenstående samt strukturelle ændringer i sundhedsvæsenet er det nødvendigt med en kontinuerlig drøftelse, prioritering og udvikling af de opgaver, der skal løses i almen praksis.

Praksisplanudvalget har blandt andet via emnerne sygebesøg og samtaleterapi indledt det konkrete arbejde med at drøfte opgaveporteføljen i almen praksis. Arbejdet er kun påbegyndt og Praksisplanudvalget vil også fremadrettet arbejde med emnet, og mulighederne for at tænke nyt og anderledes.

Denne politiske og strategiske plan for almen praksis i Region Sjælland indeholder de pejlemærker, som Praksisudvalget vil arbejde henimod for at sikre en almen praksis der også i fremtiden er velfungerende til gavn for såvel borgerne, de praktiserende læger samt de øvrige aktører og samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet.

Egon Bo

Formand for
Praksisplanudvalget

Ulrik Hesislev

Formand for
PLO Sjælland

Pernille Beckmann

Repræsentant for
KKR

1. Formål og rammer for Praksisplanen

a. Praksisplanudvalget

Det nuværende Praksisplanudvalg blev nedsat ved indgangen til 2014 og skal virke indtil udgangen af 2017.

Praksisplanudvalget består aktuelt af følgende medlemmer:

Regionsrådsmedlem Egon Bo (Formand)
Regionsrådsmedlem Kai Nielsen
Regionsrådsmedlem Annemarie Knigge
Borgmester Pernille Beckmann, Greve Kommune
Borgmester John Brædder, Guldborgsund Kommune
Byrådsmedlem Lene Hatt, Guldborgsund Kommune
Borgmester Mogens Haugaard, Stevns Kommune
2. viceborgmester Lis Tribler, Slagelse Kommune
Praktiserende læge, formand for PLO-Sjælland, Ulrik Heislev
Praktiserende læge, PLO-Sjælland, Peter Wied
Praktiserende læge, PLO-Sjælland, Helle Iversen

b. Praksisplanen

Sundhedsstyrelsen godkendte i maj 2014 Region Sjællands rammeplan for Praksisplanen. Rammeplanen er en beskrivelse af de faktuelle forhold om regionens borgere og praktiserende læger samt information om snitflader og samarbejdsrelationer med de øvrige parter på sundhedsområdet. Praksisplanen samt den allerede godkendte rammeplan danner grundlaget for nærværende plan samt det nuværende arbejde i Praksisplanudvalget.

Praksisplanen er et dynamisk værktøj, hvis indhold ændrer sig i takt med udviklingen i almen praksis, men som samtidig sikrer et kontinuerligt overblik over indsatser og ressourceanvendelse på området. Opdatering af planen skal medvirke til at sikre, at Praksisplanen udgør det centrale samarbejds- og planlægningsværktøj, den er tænkt som.

For at holde parterne ajour og synliggøre det dynamiske indhold er samtlige dokumenter, analyser og andet materiale samlet på Praksisplanudvalgets hjemmeside.

Den underliggende aftale

Praksisplanen definerer rammen for de opgaver, der ønskes løst af almen praksis inden for regionen. Den konkrete udmøntning af denne ramme forudsætter, at der indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger om konkrete opgaver og honoreringen herfor.

Parterne i den underliggende aftale er parterne i det regionale Praksisplanudvalg, hvilket vil sige regionen, de 17 kommuner og PLO-Sjælland.

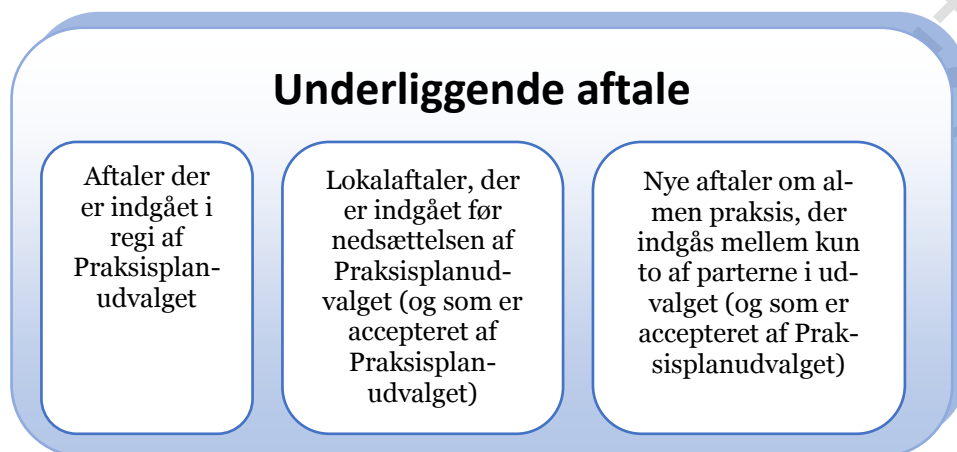
Den underliggende aftale er et aftalekompleks, der omfatter alle de indsatser, der aftales i Praksisplanudvalget. På den vis vil vi kunne danne os et overblik over den samlede mængde af opgaver og den samlede anvendelse af såvel midler som almen praksis' ressourcer. Vi har på den baggrund mulighed for at skabe sammenhæng i det alment medicinske tilbud til bor-

gerne i regionen, og for at prioritere økonomi og lægeressourcer til de opgaver, som vi beslutter, at almen praksis skal varetage i regionen.

Aftalekomplekset består af samtlige aftaler, der involverer almen praksis uanset, hvem der har indgået dem og hvordan de finansieres.

De aftaler der omhandler almen praksis, og som indgår i den underliggende aftale, skal godkendes af Praksisplanudvalget.

Aftalekomplekset består derfor af følgende typer af aftaler:



Da en aftale kan omfatte både varig opgavevaretagelse og tidsbegrænsede projekter, vil der i praksis være behov for at kunne revidere eller udvikle den underliggende aftale løbende. Herudover vil indholdet i aftalekomplekset ændre sig i takt med, at indholdet i Praksisplanen ændrer sig. Den underliggende aftale bliver derfor, på samme måde som Praksisplanen, et dynamisk dokument, der giver et samlet overblik over indsatserne på almen praksisområdet.

I modsætning til selve Praksisplanen har regionen ikke særlig beslutningskompetence når det gælder den underliggende aftale. Den underliggende aftale kan kun indgås, hvis alle tre parter skriver under på den.

Af Praksisplanudvalgets hjemmeside vil der komme til at fremgå en detaljeret beskrivelse af processen om indgåelse af aftaler, der skal integreres i den underliggende aftale.

c. Organisering og proces

Praksisplanudvalget har nedsat en Administrativ Forberedelses Gruppe (AFG), hvis formål er, at varetage den administrative forberedelse og koordinering af de emner, som Praksisplanudvalget ønsker at behandle.

Gruppen skal understøtte arbejdet i Praksisplanudvalget gennem drøftelse af processer og sager, som har betydning for udarbejdelse af Praksisplanen og de aftaler, som knytter sig her til, inden en politiske stillingtagen.

Den Administrative Forberedelses Gruppe fungerer derudover som forhandlingsgruppe, som løbende får mandat til at indgå forhandlinger om konkrete aftaler til efterfølgende godkendelse af Praksisplanudvalget.

Praksisplanudvalget har nedsat en stående arbejdsgruppe, der i hele perioden har til opgave at arbejde med emnet lægedækning. Derudover nedsætter Praksisplanudvalget efter behov ad hoc arbejdsgrupper. Indtil nu har der været nedsat arbejdsgrupper vedrørende sygebesøg og samtaleterapi. Formålet med arbejdsgrupperne har været at få gennemført grundige analyser som grundlag for udvalgets beslutninger.

Sammenhæng til andre udvalg og interessenter

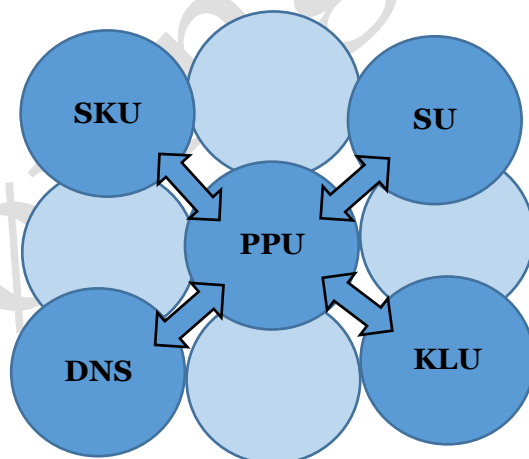
Praksisplanudvalget og dets arbejde har snitflader til mange udvalg og interessenter omkring det nære sundhedsvæsen og almen praksis. De væsentligste samarbejdsflader beskrives nedenfor.

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) er et udvalg, som Praksisplanudvalget har en særlig tæt konneks til grundet arbejdet med Sundhedsaftalen og implementeringen af denne i almen praksis via Praksisplanen. Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde skal understøtte sammenhængende patientforløb, kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse i opgaveløsningen.

Ud over Sundhedskoordinationsudvalget har Praksisplanudvalget en tæt kontaktoverflade til Samarbejdsudvalget for almen praksis, som behandler overenskomstspørgsmål om almen praksis, hvorfor dette udvalg er en central samarbejdspartner.

Udvalget for det nære sundhedstilbud (DNS) er nedsat som ét af Regionsrådets syv midlertidige udvalg i 2016 og 2017. Udvalget skal arbejde med emner som blandt andet praksisområdet og det tværsektorielle område, herunder samarbejdet med kommuner mv. Praksisplanudvalgets arbejde er derfor tæt forbundet med arbejdet i dette udvalg.

De Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU) er der ligeledes en tæt forbindelse til, idet det er disse udvalg skal sikre den lokale implementering af Praksisplanen, og det er også er disse udvalg, der kan stille forslag om indgåelse af lokale aftaler mellem almen praksis og den enkelte kommune.



2. Udfordringer og visioner

a. Udfordringer

Der er en høj andel af ældre borgere i Region Sjælland, og Sundhedsprofilen fra 2013 viser, at en stor andel af borgerne i Region Sjælland har en uhensigtsmæssig livsstil som påvirker deres sundhed negativt - blandt andet daglig rygning, fysisk inaktivitet og usund kost. En del af borgerne lever med smerter og ubehag samt et dårligt fysisk og mentalt helbred. For gruppen af borgere med sindslidelser er der særlige udfordringer knyttet til sundhedsadfærden.

Patienter med kronisk sygdom og ofte flere kroniske sygdomme samtidigt har typisk brug for flere indsatser fra sundhedsvæsenets forskellige dele, hvilket øger behovet for et velfungerende tværsektorielt samarbejde og for en koordination af patientforløbene. Hermed kommer almen praksis' rolle og funktioner særligt i fokus. Udviklingen i sundhedsvæsenet sætter forventningspres i forhold til almen praksis' opgaveudførelse.

Med stigningen i antal ældre og med mønsteret for langvarig eller kronisk sygdom, er der behov for udvikling af nye arbejdsmetoder og samarbejdsformer i sundhedsvæsenet. Den demografiske udvikling i befolkningen sætter pres på sundhedsvæsenets ressourcer.

Samtidig udgør den demografiske udviklingen i almen praksis også en udfordring. Som det fremgår af Rammeplanen fra maj 2014, er der et højt aldersgennemsnit hos Regions Sjællands praktiserende læger. Aldersgennemsnittet er højere i de lægedækningsudfordrede områder, som også har en høj andel af borgere med kroniske sygdomme.

Der er fokus på, at borgere kan fastholde deres tilknytning til arbejdsmarkedet, og at syge borgere kommer hurtigt tilbage til arbejdsmarkedet, hvilket fordrer et velfungerende og integreret samarbejde mellem sektorerne og i særligt grad mellem almen praksis og kommunerne.

Den sundhedsfaglige udvikling med flere og bedre behandlingsmuligheder åbner mulighed for, at diagnosticere og behandle flere, men de økonomiske muligheder vokser ikke tilsvarende. Konsekvensen er, at der er behov for at løse opgaverne i sundhedsvæsenet på en anderledes måde end hidtil. En måde, hvor kvaliteten bevares og hvor opgaverne løses på lavest effektive omkostningsniveau.

Samtidig ændres sygehusstrukturen. Der er færre sygehuse, og specialer og funktioner samles på færre og større enheder for at opnå højere effektivitet og bedre kvalitet i behandlingen. Der er generelt kortere indlæggelsestid på sygehuse, hvilket stiller nye krav til kommunerne og almen praksis vedrørende opfølgning efter indlæggelse. Dette øger behovet for faglig dialog mellem sektorerne herunder dialog mellem kommunernes plejepersonale og almen praksis og mellem almen praksis og specialiserede læger på sygehuse omkring det enkelte patientforløb.

Ændringerne betyder også, at behovet for at sikre kvalificerede, nære behandlings- og plejetilbud i nærmiljøet stiger, så de patienter, der er færdigbehandlet på sygehuse, kan få den fornødne pleje og behandling tættere på hjemmet eller i hjemmet f.eks. via velfærdsteknologiske løsninger.

Udvikling af teknologiske muligheder forventes at betyde, at forebyggelse, udredning, behandling og kontrol kan foregå tæt på borgeren. En del af løsningerne vil kræve, at borgeren har en vis grad af egenomsorgsevne. Anvendelse af teknologiske løsninger handler ikke kun

om teknik, men også om at sygehus, almen praksis, kommunerne og borgeren arbejder sammen på nye måder i et forpligtende samarbejde.

Ovennævnte udfordringer sætter fokus på en velfungerende primærsektor og på en velfungerende almen praksis. Det bliver nødvendigt at udvikle nye løsninger på forpligtende integreret samarbejde i det nære sundhedsvæsen. En del af løsningen på denne udfordring er en højere grad af patientinddragelse og øget egenomsorg med fokus på at understøtte patienterne, så de i højere grad tager ansvar for og initiativ til at sikre egen sundhed.

b. Visioner

Udfordringerne stiller krav til nytænkning. Almen praksis står over for nogle udfordringer, som ikke kan imødegås med ”mere af det samme”. Der er brug for, at alle parter vender blikket og kigger fremad og udad, således at den fælles opgaveløsning og det gensidige samspil bliver så smidigt og effektivt som muligt.

Praksisplanudvalgets vision for samarbejdet i det nære sundhedsvæsen med almen praksis som fortsat vigtig aktør adresserer nogle af de store udfordringer:

Vi vil arbejde med fortsat at sikre lægedækning i alle kommuner

Alle skal også i fremtiden have adgang til en praktiserende læge, og behandlingskvaliteten hos lægerne skal være på samme høje niveau, uanset hvor man bor. Det er en ambition for Praksisplanudvalget – ligesom det er for regeringen, som har igangsat et arbejde for at få et overblik over situationen og komme med løsningsforslag. Regeringens arbejde følger vi tæt og vi forudser, at løsningerne kalder på regionale indsatser.

Vi vil bygge videre på erfaringer med udvikling af teknologiske løsninger, herunder telemedicin

Der har de seneste år været afprøvet flere former for teknologiske løsninger i sundhedsvæsenet. Nogle af disse projekter har også inddraget almen praksis – eksemplerne er blandt andet kommunikationen til patienterne via e-mail, kommunikationen til sygehuset med FællesMedicinKort og med kommunen om kronikerbehandling.

Der er stadig behov for at sikre god digital understøttelse. For nogle patienter vil det også være relevant at flytte behandlingen til at foregå hjemme eller på andre lokaliteter – med telemedicin, eller hjemmemonitorering – hvor det er til gavn for den enkelte borger. De teknologiske muligheder vil på trods af eventuelle geografisk lange afstande sikre en kort vej mellem patienterne og Sundhedsvæsenet.

Vi vil lægge vægt på innovation, metodeudvikling og nytænkning

Nye former for organisering af almen praksis er noget af det, der skal arbejdes med og i dette arbejde vil såvel regionen som kommunerne støtte op og hjælpe almen praksis således, at det er muligt at implementere nye innovative løsninger.

Også opgavefordelingen kan tænkes anderledes og nye former for opgavefordeling kan afprøves og eventuelt implementeres – et eksempel kan være, at opgaver i almen praksis med for eksempel forebyggelse eller attester kan flyttes til kommunerne.

Vi vil sikre, at patienterne sikres sammenhængene forløb med smidige sektorovergange. Det skal ikke kunne mærkes i patientforløbene, når der sker ændring i arbejdsfordelingen mellem sektorerne.

Der stiller nye krav til kommunerne og almen praksis vedrørende opfølgning efter indlæggelse. Dette øger behovet for faglig dialog mellem kommunernes plejepersonale og almen praksis og mellem almen praksis og specialiserede læger på sygehusene omkring det enkelte patientforløb. Det kan også ske via teknologiske løsninger.

Vi vil videreudvikle sundhedshusene og lægehusene til fremtidens patienter: Gode sundhedstilbud på rette tid og sted

Borgerne skal opleve tilgængelighed, sammenhæng og flow i deres kontakt til almen praksis – her kan udvikling af de fysiske rammer være med til at løfte dette mål. Sundhedscentre med samling af regionale, private og kommunale sundhedstilbud kan være en måde at gøre det på og som særligt tilgodeser de borgere, der har flere kontakter og længere forløb.

Senest har regeringen øremærket 800 mio. kr. til sundhedshuse og nye lægehuse i yderområder, som kan bidrage til at skabe faglige miljøer og gøre det attraktivt for læger at nedsætte sig.

Vi vil tage del i at opnå mere lighed i sundhed

Almen praksis vil medvirke aktivt til, at den rette behandling gives til den rette patient på det rette tidspunkt – uanset hvor man bor og hvilken baggrund man har.

Det betyder, at sundhedstilbuddet i almen praksis målrettes borgerne og de lokale forhold, fordi alle borgere skal have gavn af de tilbud og forbedringer, der bliver skabt i sundhedsvæsenet – uanset sygdom, indkomst og uddannelse.

Vi vil arbejde for etablering af fælles tilbud om kompetenceudvikling – med målet om de rette kompetencer til rette opgaver

Vi vil støtte op om at tilbyde relevant kompetenceudvikling, som udbydes på tværs af sektorer.

Lægernes efter- og videreuddannelse løftes allerede i dag på bedste vis med mange forskellige både nationale og regionale tilbud. Mens der for klinikpersonalet i almen praksis og kommunernes plejepersonale er et større behov for flere efteruddannelsestilbud.

3. Fem indsatsområder

Efter udarbejdelsen af rammeplanen i maj 2014 drøftede Praksisplanudvalget, hvilke emner der skulle arbejdes med som de næste.

Praksisplanudvalget fandt det naturligt i første omgang at arbejde med emnerne; Sundhedsaftale, lægedækning, sygebesøg og samtaleterapi samt de nationale tiltag, der automatisk tilgår Praksisplanudvalget.

Årsagen til at arbejde med netop de fem emner var, at de kan karakteriseres som obligatoriske emner med følgende begrundelser:

Sundhedsaftalen

Det fremgår af ” Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis”, at Praksisplanen er den ramme, der skal sikre implementeringen af de tiltag i Sundhedsaftalen, der omfatter almen praksis.

Lægedækning

At sikre lægedækningen til alle borgere i alle dele af regionen er ligeledes et emne, som Praksisplanudvalget ifølge vejledningen skal arbejde med. Praksisplanudvalget finder, at lægedækning er en grundforudsætning for succesfuld implementering af andre emner.

Sygebesøg

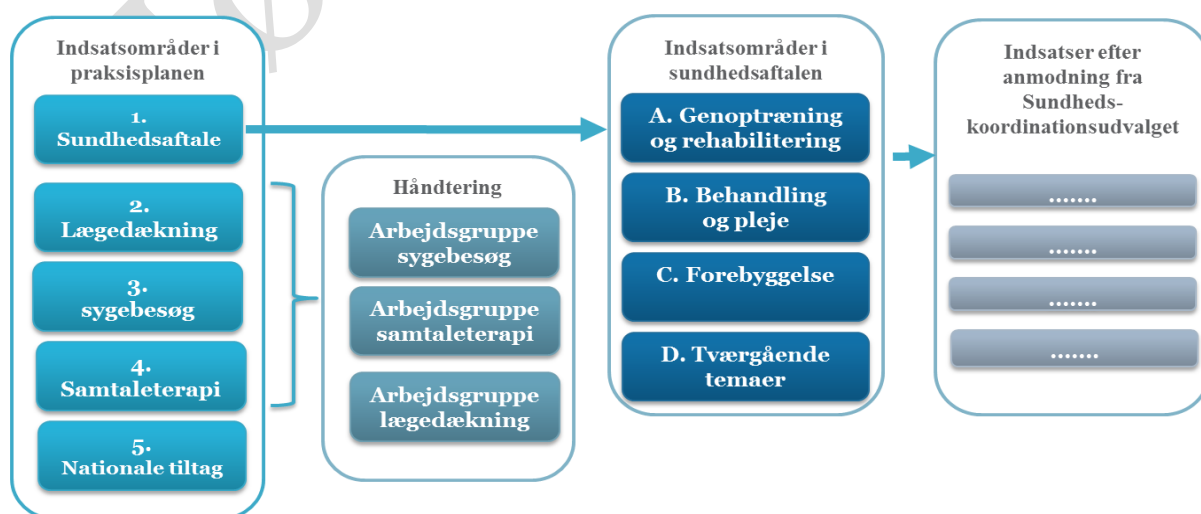
Sygebesøg er den ene af to ydelser der kan tages ud af Overenskomst for almen praksis og decentraliseres. Det betyder, at Praksisplanudvalget aktivt skal tage stilling til emnet og skrive det ind i Praksisplanen og den underliggende aftale til Praksisplanen.

Samtaleterapi

Samtaleterapi er i samme kategori som emnet sygebesøg og dermed ét ud af to emner, der kan decentraliseres.

Nationale tiltag

Der vil løbende blive truffet beslutning om nationale tiltag, som vil blive forankret i Praksisplanudvalget til regional konkretisering og implementering.



4. Sundhedsaftale

a. Sundhedsaftalen og Praksisplanen

Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen er indgået mellem Regionsrådet og de 17 kommunalbestyrelser for perioden 2015-2018. I aftalen fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet om de fælles borgere og deres forløb i sundhedsvæsenet. Den politiske vision udmøntes i konkrete aftaler og værktøjer i samarbejdet.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud, mellem praksissektor og kommunale tilbud og mellem sygehuse og praksissektor, herunder særligt almen praksis. Sundhedsaftalen omfatter både borgere med somatiske og psykiske sygdomme.



Indholdet af Sundhedsaftalen kan kort skitseres i en politisk og en administrativ del.

Politisk del

Vision	Fælles om bedre sundhed
Overordnede mål	<ul style="list-style-type: none">• Flere gode og sunde leveår til borgerne i Region Sjælland• Borgerne oplever sammenhæng og kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet• Mere sundhed for de samme penge
Mål	<ul style="list-style-type: none">• Mere sundhed til flere• Borgeren som partner• En borger – én plan• Et mere integreret og borgernært sundhedsvæsen
Indsatser	<ul style="list-style-type: none">• Forløbsbeskrivelser• Prioriteringsværktøjer• Kompetenceudvikling
Grundlæggende forudsætninger	<ul style="list-style-type: none">• Flexibilitet• Differentiering• Ressourcebevidsthed

Administrativ del

Tværgående temaer	<ul style="list-style-type: none">• Kvalitet og læring• Patientsikkerhed• Forskning• Kompetencer og relationer• Økonomi og kapacitet• Sundheds-it og digitale arbejdsgange
Obligatoriske indsatsområder	Genoptræning og rehabilitering Behandling og pleje Forebyggelse
Værktøjskasse	Dynamisk værktøjskasse med værktøjer, der understøtter og supplerer den øvrige del af aftalen.

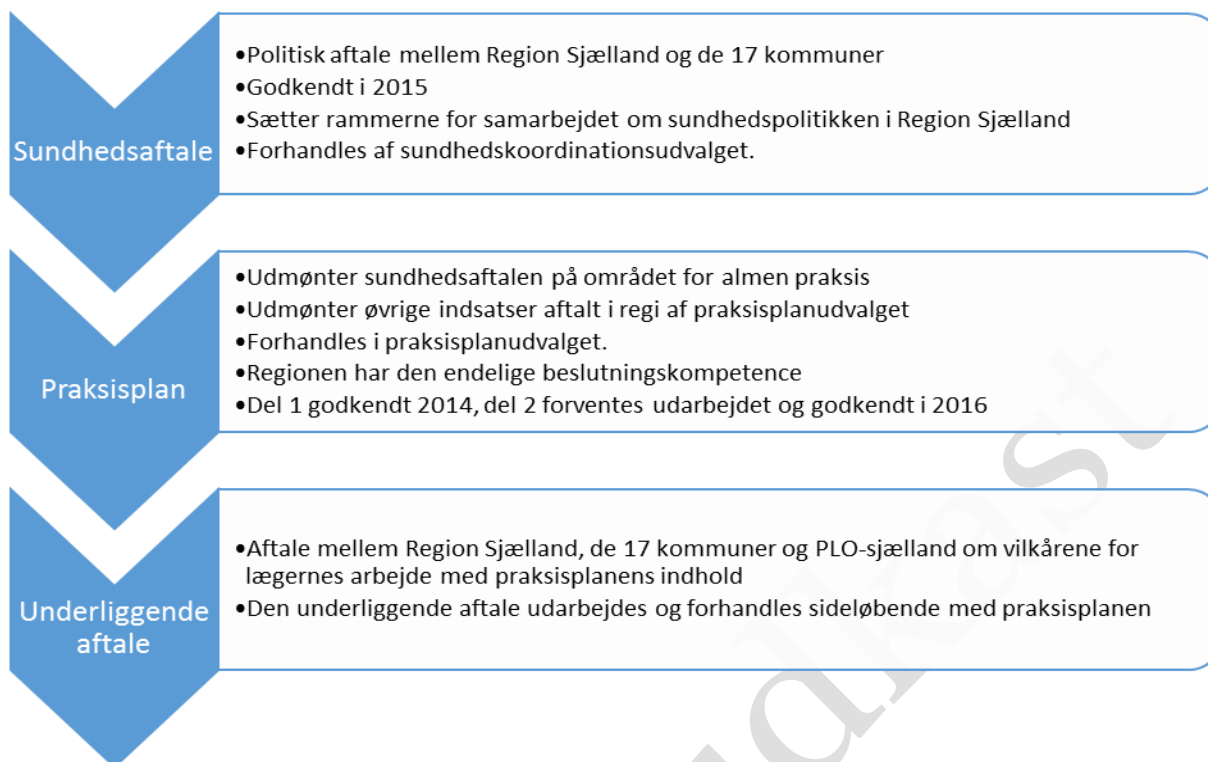
Sammenhæng mellem Praksisplan og Sundhedsaftale

Der er en tæt sammenhæng imellem Praksisplanen og Sundhedsaftalen, som er indgået mellem regionen og kommunerne i regionen.

Almen praksis er i henhold til Sundhedsloven forpligtet til at varetage de opgaver, som er beskrevet i Sundhedsaftalen. De opgaver, som de alment praktiserende læger forpligtes til at udføre via Sundhedsaftalen skal beskrives i Praksisplanen og følges op af den underliggende aftale.

Ansvar for Sundhedsaftalen er placeret i Sundhedskoordinationsudvalget, som anmoder om opgaveløsning i forhold til Sundhedsaftalen hos Praksisplanudvalget. Praksisplanudvalget vil fra Sundhedskoordinationsudvalget derfor løbende blive bedt om at håndtere og behandle forskellige indsatsområder.

Nedenstående figur viser sammenhængen mellem Sundhedsaftalen, Praksisplanen og den underliggende aftale:



b. Samarbejdet omkring Sundhedsaftalen og Praksisplanen

Principper og proces for implementering af Sundhedsaftalen i Praksisplanen

Arbejdet med Sundhedsaftalens målsætninger baseres i den politiske aftale på følgende tre forudsætninger:

1. **Fleksibilitet** i samarbejdet er forudsætningen for at kunne arbejde helhedsorienteret om den enkelte borger. Flexibilitet går hånd i hånd med en proaktiv tilgang, hvor vi ikke venter på signal fra hinanden til at handle. Det fleksible samarbejde skal fungere inden for de aftalte rammer, hvor vi er tilgængelige for hinanden og har fokus på indhold og kvalitet for at skabe bedre borgerforløb.
2. **Differentiering** indebærer, at vi målretter vores tilbud og gør den nødvendige indsats i forhold til den enkelte borger. Det forudsætter, at vi inddrager borgerne, så vi kender deres ressourcer og forløb. Vi differentierer vores indsatser og graden af vores samarbejde efter behov. Differentiering indebærer også prioritering af nogle målgrupper med særlige behov frem for andre. Nogle grupper har brug for et større løft for at få flere, gode leveår. Vi skal opspore og sætte tidligere ind med forebyggelse, behandling og rehabilitering og styrke den enkelte borgers mestringsevne.
3. **Ressourcebevidsthed** som princip spiller ind i alle dele af borgerens forløb. Samarbejdet afpasses efter den konkrete situation. Som princip betyder det, at vores ydelser skal være målrettede og leveres på det rette niveau; det kan både betyde laveste specialiseringsniveau, men kan også være på højt specialiseret niveau, hvis effekt og ressourcer samlet set optimeres.

Disse forudsætninger er afgørende for den fælles tilgang til samarbejdet. Det indebærer konkret, at hvor de tidligere Sundhedsaftaler har indeholdt beskrivelser af, hvordan vi sikrer god overlevering mellem aktørerne med rammer for, hvordan og hvornår aktørerne skal kommu-

nikere, så tager den nuværende Sundhedsaftale et yderligere skridt i retning af et smidigt samarbejde på tværs af sektorer. Det gøres med en række initiativer, der understøtter et samarbejde struktureret omkring fagligt indhold i de enkelte forløb, hvor roller og ansvar er tydeliggjort, og hvor der er skabt grundlag for målrettet opfølgning og kvalitetssikring. Der er med andre ord tale om en omfattende ændring i tilgang i forhold til de foregående Sundhedsaftaler.

Principper for samarbejde

I implementeringsplanen for Sundhedsaftalen er der opstillet en lang række indsatser, som skal udvikles og implementeres i aftaleperioden. Dertil kommer, at der i forbindelse med den årlige behandling af status på implementering af Sundhedsaftalen kan forventes nye eller ændrede indsatser. For at sikre almen praksis efterlevelse af Sundhedsaftalen er det essentielt, at der er et gensidigt samarbejde mellem Praksisplanudvalget og Sundhedskoordinationsudvalget. Samarbejdet vil bygge på følgende principper:

- A. Almen praksis tilbydes altid at deltage i alle relevante fora i samarbejdsorganisationen samt i ad hoc-arbejdsgrupper mv. i forhold til konkrete udviklingsindsatser
- B. Almen praksis forpligter sig til efter nærmere aftale gennem diverse fora og grupper at indgå i udviklingen af Sundhedsaftalens særlige indsatser, som fremgår af aftalens implementeringsplan.
- C. Sundhedskoordinationsudvalget forpligter sig ved godkendelse af nye tiltag, ændret praksis og opgavefordeling mv. til at involvere Praksisplanudvalget, således at Praksisplanudvalget kan behandle behovet for en underliggende aftale, som kan sikre almen praksis' efterlevelse af aftalen.
- D. Praksisplanudvalget forpligter sig til at forsøge at indgå nødvendige aftaler til sikring af Sundhedsaftalens implementering, samt at orientere Sundhedskoordinationsudvalget om udfaldet af sådanne aftaler. Derudover forpligtes Praksisplanudvalget til at informere Sundhedskoordinationsudvalget i alle forhold, som har indflydelse på efterlevelsen af Sundhedsaftalen.

Praksisplanudvalget havde i foråret 2015 en temadrøftelse omkring Sundhedsaftalen og implementeringen af denne. Resultatet var en række forskellige forslag til særlige opmærksomhedspunkter og tiltag, som kan fremme arbejdet med Sundhedsaftalen. Vi var enige om, Sundhedsaftalens implementering afhænger af tilstrækkelig lægekapacitet og vores væsentligste opgave er derfor at sikre tilstrækkelig lægedækning i alle dele af Region Sjælland.

-
- *Tæt sammenhæng mellem Sundhedsaftalen og Praksisplanen*
 - *Vi efterlever de principper for implementering af Sundhedsaftalens målsætninger og for samarbejdet med Sundhedskoordinationsudvalget*
 - *Lægedækning er den vigtigste forudsætning for implementering af Sundhedsaftalen*
-

5. Lægedækning

Ifølge Sundhedsloven er det regionens forpligtigelse at sikre praktiserende læger til alle regionens borgere. Med baggrund i forsyningsforpligtelse er det ligeledes regionen, der har kompetencen til at fastlægge, hvor i regionen, der er behov for de praktiserende læger.

Regionen har kompetencen til at træffe beslutninger omhandlende antal og placering af lægekapaciteter, men regionens beslutninger skal være i overensstemmelse med Praksisplanudvalgets rammer og principper for den strategiske udvikling af lægedækningen.

a. Principper og politikker

De hidtidige erfaringer med at sikre lægedækningen viser, at der ikke findes standardløsninger, når der opstår udfordringer med lægedækningen. Hvilken løsning, der anvendes, afhænger af lægernes individuelle behov, områdets situation og udfordringens størrelse.

I Region Sjælland findes syv principper for lægedækningen. Principperne kan til tider konflikte, men det vigtige er, at der er frihed til at finde den bedste løsning i de konkrete tilfælde. Åbenhed, dialog og individuelle løsninger forventes at have en positiv effekt på muligheden for at tiltrække læger til regionen.

Principperne er herunder beskrevet i vilkårlig rækkefølge. Principperne er ikke prioriterede, da det er den enkelte situation, der vil afgøre hvilket princip, der vejer tungest. Dog er udgangspunktet, at borgernes behov har første prioritet.

Princip: Lægekapaciteten følger behovet

Behovet for lægekapacitet i et område afhænger af flere faktorer heriblandt antallet af borgere, befolkningssammensætningen og sygdomstyngde. Lægedækningsbehovet vil i hvert enkelt tilfælde blive vurderet.

Hvis læger/praksis søger om at flytte deres kapacitet vil det være afgørende, hvad den seneste lægedækningshøring og supplerende analyser viser for lægekapacitet i forhold til de aktuelle behov i området.

Det betyder også, at hvis en lægekapacitet lukkes ned og ydernummeret indleveres til regionen vil der ikke automatisk blive udbudt en lægekapacitet/et ydernummer, som erstatning.

Princip: Lægepraksis placeres, hvor borgerne er

Ved nynedsættelser og flytninger af eksisterende praksis er udgangspunktet, at de skal placeres centralt i forhold til borgernes placering, hvilket vil sige med kort og let adgang mellem praksis og byer/beboelsesområder.

Det betyder, at når der søges om flytninger, eller der ønskes nedsat nye lægekapaciteter, vil udgangspunktet for en beslutning være borgernes bosætning.

Princip: Ved tilstrækkeligt patientunderlag foretrækkes flerlægepraksis

Kompagniskaber og/eller praktiserende læger under samme tag eller i nærheden af andre foretrækkes i de områder, hvor der er tilstrækkeligt patientunderlag. Begrundelsen er, at flerlægepraksis mindsker sårbarheden ved sygdom/ferie og på den måde sikres borgernes tilgængelighed til en praktiserende læge.

Der er dog steder i regionen, hvor der ikke er grundlag for flere læger og princippet kan derfor til tider konflikte med princippet ” *Lægepraksis placeres, hvor borgerne er*”.

Alternative organiseringsformer (f.eks. satellitpraksis) kan være et middel til et kompromis mellem principperne nærhed, organisering og tilgængelighed.

Princip: Almen praksis er tilgængelig for borgere og samarbejdspartnere

Region Sjællands borgere skal have let og lige adgang til deres praktiserende læge. Helt konkret betyder det blandt andet, at borgerne skal kunne komme i kontakt med deres praktiserende læge i dagtimerne og klinikkerne skal give mulighed for adgang for gangbesværede og handicappede borgere.

Almen praksis samarbejdspartnere er blandt andet sygehuse og kommuner. På samme måde, som borgerne skal samarbejdspartnerne have let og lige adgang til almen praksis, så gode patientforløb sikres.

Det tilstræbes, at alle tilflyttere til Region Sjælland har mulighed for at vælge mellem to åbne praksis inden for en radius af 15 km fra deres bopæl.

Princip: Der er åbenhed overfor alternative ønsker til organisering af praksis

Der er åbenhed over for alternativ organisering og organisationsformer som f or eksempel:

- Regionen kan udbyde drift af overdraget eller nyoprettet praksis
- En læge kan eje op til 6 ydernumre/kapaciteter, som er erhvervet fra regionen
- Regionen kan indgå i et offentligt/privat partnerskab (OPP)

Overenskomsten rummer ligeledes en række muligheder, der kan være med til at sikre generationsskifte i almen praksis.

Princip: Der udvises fleksibilitet, tages hensyn til lokale forhold og lægernes individuelle behov/ønsker

Vi ønsker at være kendt for at skabe alternative og pragmatiske løsninger, som tilgodeser såvel borgenes behov for tilgængelighed til almen praksis som attraktive arbejdsvilkår for de praktiserende læger.

Der skal være lydhørhed overfor ønsker fra både allerede etablerede praksis som fra speciallæger i almen medicin (f.eks. nyuddannede), der ønsker at nedsætte sig i Region Sjælland. Udgangspunktet skal dog altid være borgerne og deres behov samt tilgængelighed til almen praksis. Således vil principper omhandlende ” *Lægepraksis placeres, hvor borgerne er*” og ” *Almen praksis er tilgængelig for borgere og samarbejdspartnere*” som udgangspunkt stå over princippet om at finde individuelle løsninger for lægerne.

Princip: Der arbejdes for en national strategi vedrørende omplacering af ydernumre

Vi arbejder for en national strategi vedrørende omfordeling af lægekapaciteter på landsplan. Der skal en proaktiv handling til, hvis der på landsplan skal skabes lige adgang til almen praksis.

Ønsket er at princippet om, at ” *Lægekapaciteten følger behovet*” bliver landsdækkende, og at der gøres en indsats for at ændre den nuværende fordeling, så den bliver mere retfærdig for alle dele af landet.

b. Rekruttering og fastholdelse

Lægedækningsudfordrede områder

Ved etablering af særlige tiltag til rekruttering og fastholdelse af speciallæger i almen medicin har Praksisplanudvalget udpeget områder (kommuner), der er udfordrede på lægedækningen.

Ved at udpege udfordrede kommuner tages der stilling til, hvilke af regionens områder, der er særligt sårbare, når de vurderes ud fra et lægedækningsmæssigt synspunkt. Formålet med at udpege særligt udfordrede kommuner er, at der kan fokuseres, og skabes målrettede indsatser for disse områder.

En gang årligt revurderer Praksisplanudvalget, hvilke kommuner der er lægedækningsudfordrede. Hvilke kommuner der aktuelt betragtes som lægedækningsudfordrede kan ses på Praksisplanudvalgets hjemmeside.

Undersøgelse af de unge lægers ønsker

En gennemført undersøgelse af de unge lægers ønsker og behov ved nedsættelse i almen praksis og i særdeleshed i Region Sjælland giver nogle interessante perspektiver.

Familie og netværk er vigtige parametre for de yngre læger. Det er vigtigt for de yngre læger, at de bor i nærheden og har tid til familie og venner.

Også arbejdsmæssigt er netværket vigtigt for de yngre læger. Flertallet af de yngre læger ønsker at være i et arbejdsfællesskab enten i form af et kompagniskab eller i en samarbejdspraksis.

De yngre læger ser sig selv som selvstændigt erhvervsdrivende, men flere ser det som en fordel, hvis de i de første år kan afprøve faget ved enten at være ansat i en eksisterende klinik eller har mulighed for at leje en etableret klinik og primært skal stille deres faglige kompetencer til rådighed.

Resultaterne viser, at hvis man skal rekruttere almen medicinere til lægedækningsudfordrede områder, så skal lægerne tilbydes muligheder, de ikke kan få andre steder – for eksempel i form af fleksibel arbejdstid eller en økonomisk gevinst. Økonomi spiller dog en mindre rolle, når først man er etableret med bolig og familie.

c. Sundhedsdækning på øerne

På landsplan opleves udfordringer med rekruttering af praktiserende læger til de mindre øer og for at være på forkant med udfordringerne, har vi udarbejdet en strategi for sundhedsdækningen på de mindre øer.

I Region Sjælland er der 8 mindre øer, hvoraf de tre øer aktuelt har en ø-læge, mens de øvrige øer er uden læge. En ø-læge er en fastboende læge, der samtidig varetager døgnvagttforpligtelsen.

Når sundhedsdækningen på øerne skal vurderes, er der flere forhold, som skal indgå i overvejelserne for eksempel antallet af beboere, geografisk placering, logistik, prioritering af ressourcer og nye teknologiske redskaber, som betyder, at den fremtidige sundhedsdækningen på øerne har nye muligheder at bygge på. Den nuværende sundhedsdækning på øerne er præget af de muligheder, der var eksisterende på tidspunktet for etableringen.

Analyse af såvel sundhedstilbud etableret på Sjælland som på regionens øer samt studierne af andre ø-modeller har synliggjort, at det ikke vil være optimalt på forhånd at definere hvilken model, der vil være den bedst egnede til at sikre sundhedsdækningen på øerne. Inden for rammerne er der mulighed for flere modeller og kombinationsmuligheder, og det vil derfor være hensigtsmæssigt, at der også ved den fremtidige sundhedsdækning tages udgangspunkt i de lokale forhold.

Ved reetablering af sundhedsdækningen på øerne i Region Sjælland udvikles en skræddersyet løsning til den enkelte ø, med henblik på at levere et sundhedstilbud, som svarer til sundhedstilbud i øvrige yderområder og med afsæt i princippet om laveste effektive omsorgsniveau.

-
- *7 principper for fordeling af lægekapaciteter*
 - *Årlig udpegning af lægedækningsudfordrede kommuner*
 - *Tiltag til rekruttering og fastholdelse af almen medicinere*
 - *Fremtidig sundhedsdækning på de mindre øer*
-

6. Sygebesøg

Sygebesøg er den ene af to ydelser fra Overenskomst for almen praksis 2014, hvor der er mulighed for at indgå aftale om decentralisering af ydelsen. På den baggrund har vi udarbejdet en analyse af sygebesøg som danner grundlag for de indsatser og modeller vi ønsker at arbejde videre med i forhold til aflæggelse af sygebesøg til regionens borgere.

a. Fakta

Indledningsvis kan nedenstående fakta anskueliggøre omfanget af sygebesøg i regionen:

Fakta om sygebesøg i Region Sjælland

- *Det samlede honorar til sygebesøg i regionen årligt ca. 14 mio. kr*
- *Der aflægges ca. 55.000 sygebesøg pr. år fordelt på ca. 20.000 patienter.*
- *Størstedelen af sygebesøgene (95%) er almindelige sygebesøg aflagt inden for en zone på 16 km.*
- *Langt de fleste sygebesøg køres til ældre patienter. Ca. 30% af borgerne på 80 år+ har haft minimum. et sygebesøg.*

Fordelingen af sygebesøg

Fordelingen af antal sygebesøg viser, at der er en forholdsvis stor spredning i antal sygebesøg på tværs af kommunerne og på tværs af praksis. Det har ikke umiddelbart været muligt at forklare denne store spredning.

I gennemsnit foretager lægerne et eller flere sygebesøg for 2½% af deres patienter. Der er dog en stor spredning på, hvor mange sygebesøg der foretages. I den ene ende ligger praksis, som har kørt på sygebesøg til under ½% af deres patienter, og i den anden ende ligger praksis, som har aflagt sygebesøg til 5-6% af deres patienter.

Nogle praksis foretager markant få sygebesøg, mens nogle praksis foretager mange sygebesøg. Praksisstørrelse, beliggenhed (by/land), kommunetilhørsforhold, andelen af ældre borgere i kommunen mv forklarer ikke de store variationer i frekvensen af aflæggelse af sygebesøg.

Sygebesøg på kommunale plejecentre og midlertidige pladser

Som det fremgår oven for aflægges hovedparten af sygebesøgene til den ældre del af befolkningen. Det er ikke umiddelbart muligt at få data for, hvor mange sygebesøg der aflægges på disse pladser, idet de ikke registreres særskilt.

Konkrete optællinger i én kommune og én praksis viser, at ca. halvdelen af sygebesøgene aflægges i borgerens eget hjem mens den anden halvdel aflægges på plejecentre. Der tegnes dermed et billede af, at der aflægges mange sygebesøg til ældre borgere på plejecentre.

Gennem de seneste år har kommunerne etableret forskellige former for midlertidige pladser (akut-, rehabiliterings pladser). Vi har i analysen derfor valgt også at afdække omfanget af sygebesøg på disse pladser. Konkrete optællinger i én kommune viser, at antallet af sygebesøg til borgere på midlertidige pladser sker i et meget begrænset omfang, og at langt de fleste af de aflagte sygebesøg sker inden for 15 km zonen.

Oversigter over placeringen af de kommunale midlertidige pladser viser, at pladserne i de fleste tilfælde er placeret i områder, hvor der findes flere almen lægepraksis. Der er dog eksempler på, at kommunerne placerer deres pladser i mindre byer, hvor der f.eks. kun er en lægepraksis. Kommunernes antal og placering af midlertidige pladser ændres løbende, idet kommunerne fortsat opsamler og evaluerer på resultaterne af disse pladser.

b. Politiske fokusområder

Analysen har afdækket forskellige forhold og udfordringer i forbindelse med aflæggelse af sygebesøg. Disse har dannet grundlag for udpegning af de fokusområder, som vi ønsker at arbejde videre med i Praksisplanperioden.

Sikring af ensartet anvendelse og mindsket ulighed

Den store spredning i aflæggelse af sygebesøg kan være en indikation på et meget forskelligt serviceniveau i forhold til borgerne i regionen. Det forskellige serviceniveau sker helt ned på yderniveau, hvilket betyder, at borgere tilknyttet forskellige praksis i den samme by/kommune kan opleve et meget forskelligt serviceniveau.

Vi har stort politisk fokus på, at borgerne har lige adgang til sundhed, og det er derfor vigtigt for os at arbejde for en sikring af, at sygebesøg aflægges med en større ensartethed i forhold til borgernes behov.

Sygebesøg udover 15 km

Den nye sundhedslov giver borgerne mulighed for frivilligt at vælge læge udenfor 15 km mod at frasige sig retten til at modtage sygebesøg. Sundhedsloven foreskriver desuden, at borgere, som vælger en læge udenfor 15 km og som på tidspunktet for lægevalget ikke havde muligheden for at vælge mellem to læger indenfor 15 km fortsat har ret til sygebesøg. I disse situationer er regionen forpligtet til at stille sygebesøg til rådighed. Det kan enten ske ved at patienten transporteres til lægen for regionens regning, eller at en læge aflægger sygebesøget.

Vi ønsker, at understøtte borgernes mulighed for et frit lægevalg, hvilket i ovenstående situationer kræver, at vi finder en model som sikrer aflæggelse og honorering af sygebesøg i disse særlige situationer.

Sygebesøg på midlertidige kommunale pladser

Gennem de senere år har kommunerne på forskellig vis etableret særlige midlertidige pladser til borgere, som af en eller anden årsag har brug for særlig opmærksomhed i en midlertidig periode. Kommunernes antal og placering af midlertidige pladser forandres løbende, idet kommunerne fortsat opsamler og evaluerer på resultaterne af disse pladser.

De pågældende patienter er fortsat registreret på deres private adresse, og er dermed også tilknyttet deres hidtidige praktiserende læge. Denne nye konstellation påvirker almen praksis aflæggelse af sygebesøg, dels pga. afstanden mellem almen praksis og den kommunale plads (som kan overskride de gængse 15 km), dels pga. de indholdsmæssige rammer for sygebesøgene.

Vi har en stor interesse i at sikre disse borgere relevante sygebesøg uanset afstand og kompleksitet. Kommunernes placering af de midlertidige pladser og dermed afstanden til praksis er helt central.

Kommunernes strategi for personalenormering på disse pladser er også en dimension, som har betydning for almen praksis aflæggelse af sygebesøg (uddybes nedenfor). Vi ønsker på

den baggrund, at håndteringen af disse borgere i stort omfang varetages lokalt i de Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU).

Til brug for den lokale håndtering i KLU ønsker vi at vedtage en overordnet ramme for løsningsmodeller og honorering for aflæggelse af disse sygebesøg.

Kompetenceniveau og forventningsafstemning i forhold til plejepersonale

Læger og kommuner påpeger, at kompetenceniveauet hos personalet på kommunale institutioner og midlertidige pladser er meget afgørende for frekvensen og kvaliteten af sygebesøg. Lægens faglige vurdering har en bedre kvalitet, hvis denne kan være i dialog med en sygeplejerske, og dermed kan forbruget af sygebesøg reduceres. I nogle kommuner er der altid en sygeplejerske til stede på de kommunale institutioner, og i nogle kommuner er der aldrig en sygeplejerske til stede.

På den baggrund ønsker vi at undersøge muligheden for at fastlægge et niveau for kompetencerne hos plejepersonale med henblik på at sikre, at opgaven omkring sygebesøg løses på det lavest mulige omkostningsniveau.

Derudover vil vi undersøge, om der kan udarbejdes en model, som sikrer optimal forventningsafstemning mellem læge og plejepersonale, således at plejepersonale har retningslinjer for, hvornår det er relevant at anmode om et sygebesøg.

Alternativer til fysiske sygebesøg

Et sygebesøg er tidskrævende for lægen og i forlængelse af princippet om at reducere lægernes tid på landevejen er det relevant at se på alternative muligheder for aflæggelse af sygebesøg.

Vi ønsker derfor at der arbejdes videre med indsatser, som styrker udnyttelse af de digitale/teknologiske muligheder.

Samtidig finder vi det nyttigt, at kortlægge processerne for håndtering af sygebesøg hos læger og kommuner for derigennem at indsamle viden og udvikle metoder og processer.

c. Principperne i en ny model

Vi finder det relevant, at udarbejdelse af modellerne og forslag til tiltag bygger på følgende principper:

- Ønsket om at sikre en ensartet anvendelse af sygebesøg
- Fokus på mulighed for gennem innovation og digitalisering at optimere anvendelsen af sygebesøg
- Behov for at afdække nye måder at løse opgaven på
- Reducering af lægernes tid på landevejen
- Opgaven skal løses effektivt og på lavest mulige omkostningsniveau
- Sygebesøg skal ligge inden for rammerne af almen praksis opgaveportefølje

Vi har udarbejdet forslag til løsningsmodeller for nedenstående situationer:

- Borgere med midlertidigt ophold på kommunale pladser udenfor 15 km
- Borgere med læge udenfor 15 km uden mulighed for valg mellem to læger indenfor 15 km.

Modellerne er udarbejdet med baggrund i et ønske om at skabe en simpel model for håndtering af sygebesøg og samtidig undgå for mange særftaler på området. Samtidig tager modellerne højde for, at der er forskellige vilkår og forudsætninger i regionens kommuner og derfor lægges der for en del af løsningen op til at der indgås kommunale aftaler.

Ved Praksisplanens udarbejdelse var der endnu ikke indgået endelig aftale om fremtidige modeller og honorering af sygebesøg.

-
- *Vi prioriterer, at sygebesøg skal aflægges med udgangspunkt i lige adgang til sundhed for alle*
 - *Vi har fokus på, at borgere på kommunale midlertidige pladser sikres relevante sygebesøg med baggrund i lokale forhold*
 - *Vi vil sikre, at regionens sygebesøg løses på lavest mulige omkostningsniveau og med fokus på at minimere lægernes transporttid.*
-

7. Samtaleterapi

Ligesom sygebesøg er samtaleterapi en ydelse, hvor der er mulighed for at indgå en aftale om decentralisering. Vi har derfor gennemført en analyse af samtaleterapi i almen praksis.

a. Fakta

Ifølge Overenskomsten for almen praksis er ydelsen for samtaleterapi beregnet til et samtaleforløb. Samtalen skal være gennemføres af en læge ved brug af relevante samtaleteknikker, og den skal være aftalt på forhånd, så patienten er klar over, at det drejer sig om samtaleterapi. Der er krav om, at lægen erhverver sig kompetencer til brug for gennemførelse af disse samtaler og vedligeholder disse via deltagelse i supervisorsmøder.

Fakta om samtaleterapi i Region Sjælland, 2014

- *Det samlede honorar til samtaleterapi udgjorde ca. 15 mio. kr.*
- *262 ud af 296 praksis anvendte ydelsen*
- *En del af de praksis, der ikke benyttede ydelsen, var nystartede i 2014, og flere af de øvrige praksis lå i områder, der var lægedækningsudfordrede*
- *1,94 % af borgerne i Region Sjælland modtog samtaleterapi hos egen læge*
- *Der er stor forskel på, hvor stor en andel af en kommunes borgere, der modtager samtaleterapi. Det varierer således fra omkring 1 % af borgerne i de lægedækningsudfordrede kommuner Lolland, Kalundborg og Guldborgsund til 2,8-3,7 % af borgerne i de kommuner, hvor samtaleterapi hos egen læge benyttes oftest (Faxe, Næstved og Vordingborg).*

Anvendelse af samtaleterapi

Årsagerne til at tage patienterne i samtaleterapi registreres ikke af de praktiserende læger.

For at få indblik i hvilke diagnoser og hvilke forhold, der ligger bag et samtaleterapiforløb, har én praksis opgjort, hvordan patienterne fordeler sig i denne praksis. Ca. 2/3 af alle samtaleterapiforløbene drejede sig om stress/belastningsreaktion og depressive symptomer/angst. De øvrige samtaleterapiforløb drejede sig om: Egen eller pårørendes sygdom, psykisk sygdom, sorg, misbrug, skilsmisse og spiseforstyrrelse mv.

Den aldersgruppe, der hyppigst modtager samtaleterapi i almen praksis, er patienter på 40-49 år. Samtaleterapi ydes også hyppigt blandt de 20-39 årige og blandt de 50-59 årige, mens samtaleterapi sjældnere ydes til børn og unge samt til de 60+ årige.

Overenskomsten lægger ikke op til at samtaleterapi-ydelser kan være enkeltstående. Ikke desto mindre er det hyppigste samtaleterapiforløb kun på én samtale, og den næsthypigste på to samtaler. I alt udgør én og to samtaler næsten 60 % af alle samtaleterapiforløb.

Blandt de borgere, som har modtaget samtaleterapi hos egen læge, er der godt 20 % af borgerne, der også modtager behandling i andet regi – typisk hos en privatpraktiserende psykolog (14,58 %).

Der har været en jævn stigning i brugen af samtaleterapi i perioden 2003 til 2010, mens brug af ydelsen har været faldende i perioden 2010 til 2014. Det gælder både i forhold til antallet af personer, der anvender ydelsen og antallet af ydelser.

Brugen af ydelsen i Region Sjælland sammenlignet med de øvrige regioner viser, at Region Sjælland er den region, hvor ydelsen anvendes mindst. Forbruget af ydelsen i Region Sjælland viser således, at der er 45 ydelser pr. 1.000 sikrede mod et regionsgennemsnit på 54 ydelser pr. 1.000 sikrede.

b. Mål og udfordringer

Der er flere grunde til vores ønske om at beskrive en ny model for samtaleterapi i Region Sjælland. Helt overordnet er ydelsen kendetegnet ved, at vi mangler konkret viden om ydelsens anvendelse og værdi for borgeren. Der er klinikker som ikke tilbyder ydelsen, hvilket skaber et uens tilbud for regionens borgere. Der er krav om, at de klinikker der anvender ydelsen skal bruge relevante samtaleteknikker, men hvad dette konkret betyder og hvordan det tolkes og anvendes er uvist. Der er krav til at lægerne skal være fagligt opdateret for at yde samtaleterapi, men mere specifikke krav findes ikke. Hypotesen er, at der med den nuværende ydelse kan være stor varians i såvel den faglige kvalitet som anvendelse af samtaleterapi.

Det vigtigste formål med at ændre ydelsen er derfor, at den fremadrettet skal sætte patienter og faglighed i centrum med det mål at dække patienternes behov bedst muligt. Det betyder, at ydelsen skal være beskrevet, så der ikke kan opstå tvivl om, hvordan og med hvilket formål ydelsen anvendes i forhold til hensigtsmæssige patientforløb.

I forlængelse af dette er det vigtigt at sikre en beskrivelse af de faglige kompetencer, der er en forudsætning for at kunne gennemføre samtaleterapi.

Endelig skal ydelsen beskrives, så den bliver nemmere at administrere for både almen praksis og regionen.

Den foreslåede model tager udgangspunkt i faglige anbefalinger og kliniske retningslinjer og er baseret på tankegangen omkring forløbsprogrammer for kroniske sygdom.

c. Principperne i en ny model

På baggrund af ovenstående er der udarbejdet en ny model, der beskriver principperne for samtaleterapi.

Vi lægger vægt på, at det er nødvendigt at få en klar definition på, hvad man forstår ved samtaleterapi samt klarhed over, hvilke kompetencer en praktiserende læge skal besidde for at kunne anvende ydelsen samtaleterapi.

- Målgruppen skal være defineret i forhold til hvilke patienter, der bør tilbydes samtaleterapi i almen praksis. Det gælder både i forhold til aldersgruppe og psykiske lidelser og problemstillinger, som skal være omfattet af ydelsen.
- Der skal tages afsæt i faglige anbefalinger for eksempel udarbejdet af DSAM
- Patienterne skal kunne stratificeres i forhold til, hvilke patienter der skal kunne tilbydes samtaleterapi i almen praksis, hvilke patienter der bør henvises til henholdsvis behandling hos praktiserende psykiater og psykolog samt behandlingspsykiatrien.
- Vigtigt også at være opmærksom på, at kommunerne har forskellige tilbud, som det vil være muligt at henvise til i udvalgte tilfælde.

- Ved indgåelse af aftalen er det vigtigt at få defineret præcist, hvad rammerne for samtaleterapi skal være både fagligt, tidsmæssigt og i forhold til målgruppe.

-
- *Næsten 2% af regionens borgere får samtaleterapi hos deres praktiserende læge*
 - *Uvist hvad årsagen er til anvendelse af samtaleterapi og hvilke teknikker der anvendes*
 - *I ny model er sigtet, at der skal være en klar definition af målgruppen, det faglige indhold og det anvendte tidsforbrug*
 - *Patienterne skal stratificeres*
 - *Der skal tages afsæt i faglige anbefalinger*
-

8. Nationale tiltag

Der vil løbende blive truffet beslutning om nationale tiltag til implementering i de forskellige regioner. Praksisplanudvalgets opgave er i den forbindelse at sikre en regional konkretisering og implementering af de nationale tiltag.

Ved indgåelse af Finanslovsaftalen for 2016 og efterfølgende økonomiaftale med KL/Danske Regioner er der således på nationalt niveau truffet beslutning om en række sundhedspolitiske emner.

Vi vil løbende sikre, at nationale tiltag bliver implementeret på en sådan måde, at de spiller sammen med egne regionale målsætninger og øvrige tiltag og at der sker en lokal forankring af de nationale tiltag.

a. Igangværende indsatser

Nedenfor beskrives to eksempler på igangværende nationale tiltag:

FMK i almen praksis

Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og PLO indgik i 2015 en aftale om oprydning i FMK i forbindelse med igangsætning af implementeringen af FMK i kommunerne.

Parterne udarbejdede i fællesskab en implementeringsaftale, der for at kunne træde i kraft, skulle indgås lokalt. Efterfølgende indgik Praksisplanudvalget en regional aftale med et formål at forberede kommunernes overgang til FMK. Kommunerne kan således rekvirere en oprydning, herunder en ajourføring af nogle borgeres medicinkort, således at det afspejler borgernes aktuelle medicinering.

Der blev mellem landets kommuner og regionerne indgået en aftale om at anvende op til 30 mio. kr. fordelt ligeligt mellem parterne til oprydning i forbindelse med igangsættelsesopgaven i 2015 og 2016.

Tidlig opsporing af kræft

Den tidligere og nuværende regeringen har fokus på kræftoverlevelsen og regionerne har fået ekstra midler øremærket en tidligere opsporing af kræft.

Den konkrete implementering af initiativerne er forankret i Praksisplanudvalg, som er styregruppe for projektet.

I Region Sjælland er det planlagt at tage udgangspunkt i eksisterende viden på området. Hvis diagnosen kræft skal stilles tidligere end den bliver i dag, er der to faktorer, der er vigtige at have fokus på: Patient's delay og Doctor's delay.

b. Fremtidige indsatsområder

På nationalt niveau er der nedsat nedenstående to udvalg. Praksisplanudvalget vil i forlængelse af udvalgenes analyser og forslag behandle disse og sikre implementeringen af nødvendige og værdiskabende tiltag i en regional kontekst.

- **Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen**

Som led i Økonomiaftalen 2016 har Regeringen, KL og Danske Regioner indgået aftale om at igangsætte et udvalgsarbejde, som skal komme med forslag, der kan indgå i en plan for udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalgets for-

slag skal understøtte, at behandlingen af patientgrupper med forløb på tværs af sektorer sker sammenhængende, borgernært, omkostningseffektivt og er af høj kvalitet.

- **Udvalg om lægedækning i hele landet**

Regeringen har nedsat et udvalg, der skal skabe overblik over udfordringerne med at sikre en tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet. Udvalget skal analysere udfordringerne og opstille mulige løsningsforslag, der kan understøtte en mere hensigtsmæssig fordeling af læger på tværs af landet.

Af eksempler på nationale tiltag, der løbende vil skulle konkretiseres og forankres lokalt af Praksisplanudvalget kan nævnes:

- Styrket indsats for mennesker med lungesygdomme
- Kræftområdet - Kræftplan IV fremlægges i 2016
- Medicinområdet
- Analyse af aktivitetsniveau og arbejdsdeling mellem sektorerne
- Styrkelse af almen praksis
- Sammenhængende sundhedsvæsen
- Ældre medicinske patienter
- Handlungsplan for demens
- Sammenhængende løsninger på tværs af kommuner og regioner samt understøttelse af faste læger tilknyttet plejecentre
- Bekæmpelse af multiresistente bakterier
- Hurtig udredning og behandling – inden 30 dage
- Styrket formidling og partnerskaber inden for alternativ behandling
- Telemedicinske løsninger
- 8 nationale kvalitetsmål

-
- *Vi vil løbende sikre lokal forankring og implementering af nationale tiltag*
 - *Oprydning i FMK samt regional implementering af Kræftplan III er eksempler på indsatser, som allerede er under implementering*
-

9. Perspektivering

Som det fremgår af nærværende Praksisplan er der behov for at både region, kommuner og almen praksis har fokus på den fælles opgaveløsning og det gensidige samspil. Praksisplanudvalget har på den baggrund adresseret forskellige visioner, som tager sit afsæt i almen praksis rolle som hjørnesten i sundhedsvæsenet og patientbehandlingen. Løsningerne skal findes og implementeres i et tæt forpligtende samarbejde i det nære sundhedsvæsen med almen praksis som fortsat vigtig aktør.

Visionerne er et udtryk for de udfordringer og fokusområder, som vi kan se, at vi står overfor nu og i nær fremtid. Praksisplanen er et dynamisk værktøj, hvis indhold skal afspejle udviklingen, men som samtidig sikrer et kontinuerligt overblik samt udgør et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj.

Den sundhedsfaglige udvikling går stærkt og giver løbende muligheder for ændrede muligheder, krav og forventninger til patientbehandlingen. Samtidig er både det nationale og regionale sundhedspolitiske fokus genstand for kontinuerlige forandringer og prioriteringer. Endelige vil vilkår og rammer i almen praksis, kommuner og region undergå løbende forandringer.

Det er centralt, at Praksisplanudvalget er opmærksom på udviklingen og indretter denne praksisplans visioner og indsatsområder efter konkrete muligheder og forandringer. Der vil derfor løbende i planperioden være behov for at drøfte og prioritere, og som konsekvens af dette vil der være behov for at nedprioritere visse indsatser og prioritere nye og/eller ændrede indsatsområder.

Vi vil arbejde med fortsat at sikre lægedækning i alle kommuner

Som det fremgår af afsnittet om lægedækningen, er der allerede igangsat flere initiativer for at sikre den regionale lægedækning og arbejdet vil fortsætte. Fokus vil være særligt rettet mod de lægedækningsudfordrede områder.

Praksisplanudvalget vil forsøge at påvirke til en ændret honorarstruktur og omfordeling af ydernumre på landsplan, således at forskelligheder udjævnes, og alle borgere sikres let og lige adgang til almen praksis. Vi vil også arbejde for en mere retfærdig honorering, således at de praktiserende læger honoreres efter hvilken patientpopulation, de betjener.

Vi vil profilere regionen over for potentielle kommende læger og tage initiativ til tiltræknings-tiltag. Vi vil skabe kontakt mellem allerede nedsatte læger og kommende almen medicinere og midlet vil blandt andet være afholdelse af informations- og rekrutteringsmøder samt et forsøg på at etablere sommerferiejobs i almen praksis for læger og stud. med'er, der ønsker at blive afklaret i forhold til deres fremtid.

Vi vil lægge vægt på innovation, metodeudvikling og nytænkning

Det er helt naturligt at sætte fokus på, hvordan de elektroniske og digitale muligheder kan understøtte de visioner, vi har for det nære sundhedstilbud til borgerne. Vi vil aktivt undersøge mulighederne for at gøre brug af IT-løsninger i patientbehandlingen som f.eks. sygebesøg og andre lægefaglige ydelser, som dermed kan flyttes fra lægeklinikken til hjemmet.

Som et naturlig element i de forskellige rekrutteringsindsatser finder vi det centralt, at der løbende tænkes i nye måder at organisere og løse opgaverne på. Vi vil udnytte de forskellige

muligheder der findes for nye praksis-organiseringer. Derudover ønsker vi at understøtte drøftelser af nye former for opgavefordeling, således at opgaverne i almen praksis prioriteres og evt. uddelegeres til øvrige aktører.

Som et konkret eksempel på en ny måde at tænke opgaverne på vil Praksisplanudvalget gennemføre et projekt, hvor kommunalt hjælpepersonale integreres i almen praksis, idet mange borgere har tæt kontakt til både læge og kommune.

Vi vil sikre, at patienterne sikres sammenhængene forløb med smidige sektorovergange. Det skal ikke kunne mærkes i patientforløbene, når der sker ændring i arbejdsfordelingen mellem sektorerne.

Vi sætter fokus på det tværsektorielle samarbejde, hvilket helt konkret betyder, at vi vil understøtte processer som sikrer at sygehuse, almen praksis og kommuner samarbejder, koordinerer og kommunikerer omkring patienternes forløb.

Vi vil videreudvikle sundhedshusene og lægehusene til fremtidens patienter: Gode sundhedstilbud på rette tid og sted

Vi vil målrettet anvende evalueringen af de allerede oprettede sundhedshuse som afsæt for udviklingen af nye sundhedshuse, som kan skabe faglige miljøer, gør det attraktivt for lægerne og sikre borgerne en mere sammenhængende behandling. I forhold til finansieringen af disse tiltag vil vi gøre brug af muligheden for at få andel i centrale midler.

Vi vil tage del i at opnå mere lighed i sundhed

Vi vil målrette sundhedstilbuddene til borgerne og de lokale forhold, således at alle borgere kan få gavn af de tilbud og forbedringer, der bliver skabt i sundhedsvæsenet – uanset sygdom, indkomst og uddannelse.

Praksisplanudvalget vil konkret prioritere en tidligere opsporing af somatiske sygdomme i almen praksis gennem fokus på de borgere, som f.eks. på grund af psykiske lidelser ikke er opmærksomme på de forskellige symptomer og ikke kommer til egen læge i tide.

Vi vil arbejde for etablering af fælles tilbud om kompetenceudvikling – med målet om de rette kompetencer til rette opgaver

Vi vil støtte op om at tilbyde relevant kompetenceudvikling, som udbydes på tværs af sektorer – særligt i forhold til klinikpersonalet i almen praksis og kommunernes plejepersonale er et større behov for flere efteruddannelsestilbud.

I den første del af praksisplanperioden har vi haft særligt fokus på de 5 indsatsområder sundhedsaftale, lægedækning, sygebesøg og samtalerapi samt de nationale tiltag, der løbende tilgår Praksisplanudvalget.

Fremadrettet vil vi fortsætte arbejde med disse indsatsområder men samtidig sætte større fokus på arbejdet med de øvrige dele af visionerne i nærværende praksisplan. Det betyder, at vi i endnu højere grad vil iværksætte tiltag som understøtter nytænkning og innovative løsninger i forhold til organisering, opgaveløsning og udnyttelse af teknologiske muligheder. Derudover vil vi prioritere indsats, som sikrer gode patientforløb, der er koordineret mellem sygehuse, almen praksis og kommuner.