

# VISION FOR ALMEN PRAKSSIS I 2030

Vision for almen praksis i 2030

PLO og Danske Regioner 2020

Foto: Claus Boesen, PLO

Layout: UHI, Danske Regioner

Tryk: xxx

ISBN elektronisk: 978-87-7723-987-8

ISBN tryk: 978-87-7723-986-1

# VISION FOR ALMEN PRAKSIS I 2030

## Formål

Danske Regioner og PLO er enige om, at praktiserende læger på overenskomst mellem RLTN og PLO også i fremtiden er regionernes førstevalg, når det handler om at sikre lægedækningen og dermed borgeres adgang til en praktiserende læge. Derfor har parterne valgt at beskrive en vision for almen praksis i 2030 baseret på dette udgangspunkt. En 10 års vision vil i sagens natur også beskrive noget, der ikke kan lade sig gøre i morgen eller i næste overenskomstperiode. Både fordi vi i de kommende år stadig har et lægedækningsproblem, og fordi det tager tid at omstille sundhedsvæsenet både i almen praksis, på sygehusene og i kommunerne.

Denne tekst er tænkt som optakt til RLTN og PLO's overenskomstforhandling (OK-21) og vil kunne bidrage til at modernisere det nuværende "forord og udviklingskontrakt" i overenskomstteksten.

## Frit lægevalg er grundlaget for det hele

En helt afgørende del af visionen er, at der i 2030 igen er frit lægevalg for borgerne i hele landet. Dermed er det en forudsætning, at kapaciteten er øget i almen praksis både med læger og praksispersonale. Den praktiserende læge er den eneste læge, man vælger selv. Når der igen er flere praktiserende læger i hele landet, og flere klinikker med åbent for tilgang af patienter, er det frie lægevalg genetableret. Det betyder, at borgeren kan vælge den læge og den klinik, der passer til borgerens egne præferencer. Det betyder også, at der igen vil være en sund konkurrence mellem klinikkerne omkring det at tilpasse sig patienternes forskellige behov.

”

I 2030 vil der være fuld lægedækning i hele landet, og borgerne har igen frit lægevalg



## Større ansvar for patienterne

Almen praksis vil i 2030 i højere grad være omdrejningspunktet for patienterne. Almen praksis' gatekeeper-funktion vil udvides, så den praktiserende læge i højere grad er ansvarlig for det samlede forløb. Patienterne vil dermed opleve en større støtte i den praktiserende læges funktion som tovholder, selvom de har forløb på sygehuset og kan være tilknyttet en patientansvarlig læge på sygehuset. Dvs. at når patienterne har brug for at komme på sygehuset eller til praktiserende speciallæger, er det stadig almen praksis, der har tovholder-funktionen for patienten. Almen praksis vil fortsat have som en af sine hovedopgaver at finde de syge, og at de raske holdes raske.

Almen praksis skal således i fremtiden i langt højere grad være tovholder for patienternes rejse igennem det samlede sundhedsvæsen. Den praktiserende læge skal have digitale værktøjer til at understøtte denne opgave og i øvrigt have hjælp fra resten af sundhedsvæsenet til at udfylde rollen. Sygehusene skal i højere grad understøtte almen praksis via nem og ensartet tilgængelighed til rådgivning, diagnostiske undersøgelser samt andre servicefunktioner og samarbejdsformer.

Rollerne er dermed til en vis grad vendt om i sundhedsvæsenet. Sygehusene understøtter almen praksis, og leverer det, praksis har brug for, for at kunne håndtere patienterne. Almen praksis skal fx kunne rekvirere undersøgelser mv. på sygehuset, uden at patienten nødvendigvis dermed henvises til udredning eller behandling på sygehusene.

Det er tydeligt, hvornår den behandlingsansvarlige læge på sygehuset har ansvaret og for hvad, samt hvilket koordinationsansvar den praktiserende læge fortsætter med at have.

I takt med kapacitet og data om kvalitet mv. er til rådighed, vil en naturlig følge være, at almen praksis varetager en større del af indsatsen for borgere med kroniske sygdomme, så borgernes behandlingstilbud findes i nærmiljøet.

”

Almen praksis skal i fremtiden i langt højere grad være tovholder for patienternes rejse igennem det samlede sundhedsvæsen

Den enkelte lægepraksis tager vare på den enkelte patient som individ, men samtidig også på sin patientpopulation (patienterne knyttet til denne praksis). Den enkelte praksis tilpasser og differentierer den samlede indsats over for de enkelte individer i sin patientpopulation på baggrund af både data og personligt kendskab til den enkelte patient og dennes historie.

Almen praksis har et særligt fokus på de patienter, der er i højrisiko for at blive meget syge/mere syge, herunder de patienter som sjældent er i kontakt med praksis. Den kommunale sygepleje og socialpsykiatri samt sygehusene kan hjælpe den praktiserende læge med den håndholdte hjælp til og identifikation af de mest udsatte patienter.

Anvendelse af data vedrørende patientpopulationen er en forudsætning for at understøtte den populationsbaserede tilgang.

## Almen praksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen

Det specialiserede sundhedsvæsen har i 2030 som et af sine vigtigste mål at understøtte den praktiserende læge i sit arbejde, så patienterne i højere grad kan hjælpes til at forblive i behandlingsforløb hos egen læge. Det betyder bl.a., at der er velfungerende og let tilgængelige speciallæge hotline-funktioner mellem den praktiserende læge og speciallægen i relevante specialer – det kan f.eks. være via telefon, video, mail og/eller chat.

Disse platforme giver mulighed for en løbende dialog og gensidig sparring mellem praktiserende læger og læger ansat på sygehuse eller i speciallægepraksis, så speciallægen kan rådgive den praktiserende læge i diagnostikken og behandlingen. Desuden er der subakutte ambulante tider og hurtig adgang til diagnostiske undersøgelser, når egen læge har brug for dette.

I 2030 vil der også være en bedre dækning af praktiserende speciallæger. Dette tilbud vil øge behandlingskapaciteten tæt på borgeren og samtidig tilbyde kontinuitet både for patienten og den praktiserende læge.

Almen praksis er tilgængelig for personalet i kommunale tilbud. Almen praksis understøtter kommunerne i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger. I 2030 vil der være et tæt samspil mellem almen praksis og veludbyggede tilbud i kommunerne. Det kommunale sundhedspersonale fungerer som den praktiserende læges hjælper – arme og øjne – ude hos de syge borgere, som ikke selv kan transportere sig til klinikken.

Der er også relevante, evidensbaserede og veldokumenterede forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, som alle praktiserende læger henviser til.

## Tilgængelighed til klinikken

Hvornår kan jeg få tid? Hvordan kommer jeg igennem telefonkøen? Hvornår svarer lægen på min mail? Det er typiske bekymringer hos dagens patienter. I 2030 vil de bekymringer fylde mindre. I klinikken foretages der en vurdering af alvorligheden af de sundhedsfaglige problemer, som borgeren henvender sig med. Alle skal have hjælp fra klinikken indenfor en rimelig tid, men dem med de største behov prioriteres hurtigst. Også de ressourcestærke og de mindst syge skal opleve, at almen praksis er tilgængelig for dem.



Let tilgængelige hotline-funktioner mellem praktiserende læger og speciallæger kan hjælpe patienter til at blive i et behandlingsforløb hos egen læge



Digitale løsninger giver mere fleksibilitet for borgerne f.eks. gennem online booking og forskellige konsultationsformer

Vi vil i 2030 i langt højere grad end i dag se, at vi taler om tilgængelighed til klinikken som en enhed, hvor personalet varetager en stor del af opgaverne. De praktiserende læger har det overordnede ansvar i klinikken, men mange opgaver udføres af praksispersonale.

F.eks. vil en patient med en kendt problemstilling i fremtiden fint kunne få en videokonsultation sidst på dagen med en af klinikkens sygeplejersker, fremfor at skulle bruge en halv arbejdsdag på at møde op i klinikken for en kort konsultation. Digitale løsninger anvendes til at give mere fleksibilitet for borgerne f.eks. gennem online booking og et relevant mix af forskellige konsultationsformer, digitale som fysiske. Hjemmemonitorering og prøver taget i hjemmet vil fylde mere. Her vil klinikken forholde sig til resultaterne, uden at borgeren behøver et fremmøde eller en telefonisk henvendelse. Klinikpersonale vil i 2030 i større grad bidrage til klinikkens tilgængelighed, særligt i forhold til patienter med behov for opfølgning på kendte kroniske lidelser.

## Prioritering af den praktiserende læges tid

Med den praktiserende læge som ansvarlig tilrettelægges arbejdet i klinikken, så den direkte relation mellem lægen og patienten i høj grad skal være for dem med størst behov. Det er afgørende, at den praktiserende læge prioriterer sin tid på de patienter, hvor lægens indsats kan gøre størst forskel.

Lægen prioriterer fortrinsvist tiden på patienter med behov for lægefaglig vurdering, patienter med begrænset egenomsorg, patienter med komplekse problemer og andre potentielt sårbare borgere. Derudover sikrer den praktiserende læge via sin ledelse og faglighed, at praksispersonalet har de rette kompetencer og værktøjer til at varetage kontakten til en stor del af de tilknyttede borgere.

Raske og ressourcestærke patienter bliver godt hjulpet af praksispersonale og digitale værktøjer til egenomsorg. Det handler ikke om en statisk opdeling af patienterne – den raske kan også rammes af alvorlig sygdom, og den ressourcestærke kan også havne i livssituationer, hvor ressourcerne ikke længere er til stede. Der er altså tale om at kanalisere tilgængelighed og ressourcer derhen, hvor de potentielt kan gøre størst gavn, og til de patienter, der har størst behov. Derfor skal de bekymrede, raske og ressourcestærke patienter i høj grad tilbydes hjælp fra klinikpersonalet og digitale løsninger, der betrykker og hjælper.

Almen praksis overvejer løbende, om der er opgaver i almen praksis, der med fordel kunne løstes andre steder, for derved at skabe plads til at almen praksis' ressourcer anvendes, hvor det giver mest faglig mening. Regionerne understøtter den praktiserende læge i prioriteringsarbejdet.

## Kvalitetsudvikling og arbejdet i klynger

Alle klinikker indgår i kvalitetsklyngerne, og i 2030 ser vi en almen praksis, hvor kvalitetsarbejdet i klyngerne har medvirket til at reducere uønskede forskelle på en række parametre. Dermed er kvaliteten i det samlede sundhedsvæsen steget målbart.

Kvalitetsklyngerne arbejder i 2030 i højere grad med kvalitetsdata, der beskriver en samlet værdi for patienten og for den sags skyld for samfundet. Der er etableret et tæt fagligt samarbejde med regioner, kommuner og sygehuse om at skabe ensartede rammer og understøtte kvalitet og sammenhæng i patientforløb. Samtidig har kvalitetsklyngerne udviklet sig til en organisering, der indgår som et vigtigt led, når



Vi skal kanalisere tilgængelighed og ressourcer derhen, hvor de gør størst gavn, og til de patienter, der har størst behov

man i sundhedsvæsenet arbejder med problematikker såsom social ulighed. I 2030 er klyngerne således en lærende organisation i forhold til kvalitetsudviklingen.

## Relevante data følger patienten i hele sundhedsvæsenet

I 2030 er patientens relevante data tilgængelige for det behandlende sundhedspersonale ved sektorskift. Sygehuslægen kan let online se, hvad egen læge vurderer er aktuelle diagnoser, og hvilke undersøgelser egen læge har foretaget. Egen læge kan tilsvarende let online se sygehuslægens behandlingsplan, når sygehusforløbet er slut. Også kommunens plejepersonale har adgang til relevante oplysninger om aftaler hos egen læge, aktuell medicin osv.

## De fysiske rammer

Den praktiserende læges klinik i 2030 fremstår moderne, med handicaptilgængelighed, plads til klinikpersonale og flere læger, og med relevant, moderne alment medicinsk diagnostisk udstyr. I 2030 er lægedækningsudfordringerne løst, og der er indenfor en overkommelig afstand adgang til en praktiserende læge i hele Danmark.

Almen praksis er et attraktivt sted at arbejde, med godt arbejdsmiljø for læger og personale og baseret på faglig udvikling og et kollegialt fællesskab. Der er desuden mulighed for at være med til at drive teknologisk og anden udvikling.

Fremtidens klinik vil ofte bestå af flere læger under samme tag. En række faggrupper vil i 2030 i højere grad arbejde i lægeklinikkerne, herunder læger, sygeplejersker, sekretærer, social- og sundhedsassistenter, bioanalytikere, jordemødre, praksismanagers, medicinstuderende, fysioterapeuter m.fl. Kernen i arbejdet vil fortsat være den almen medicinske tilgang, så man undgår uhensigtsmæssig subspecialisering. Andre klinikker vil indgå i fælles sundhedshuse med andre sundhedsaktører fra kommune, sygehuse, praktiserende speciallæger eller noget helt fjerde. Der vil fortsat være lægeklinikker, som vil være for sig selv. Blandt andet ud fra et hensyn til behovet for en bred geografisk lægedækning af befolkningen.



