

FAGLIG LEDELSE I ALMEN PRAKSIS - og hvordan opgaver kommer fra idé til praksis

Med sundhedsreformen ønsker man, at almen praksis løser flere opgaver. Målet er blandt andet bedre sammenhæng i patienternes forløb og reduceret ulighed i sundhed. DSAM bifalder denne udvikling.

Med dette dokument ønsker DSAM at beskrive det flow og den faglige ledelse, der bør være, når der indføres nye opgaver hos de praktiserende læge. Det er vigtigt at pointere, at nye opgaver ikke kun overtages fra sygehuset. Nye opgaver kan skabes af flere grunde.

- Den praktiserende læge kan udrede eller behandle patienten længere i sit forløb i almen praksis (eksempel: patienter med demens).
- Den praktiserende læge overtager en opgave, som sygehuset tidligere har udført. (eksempel: kontrol af prostatakræft med PSA-måling).
- Der opstår nye opgaver på grund af ny medicin eller faglig udvikling (eksempel: medicinsk væggtabsbehandling).

Med sundhedsreformen har regionerne fået en ny og styrket rolle i den faglige ledelse og udvikling af almen praksis. Det betyder, at regionerne nu er i gang med at etablere forskellige modeller for faglig ledelse og oprette nye regionale og lokale samarbejdsfora. DSAM mener, at de rigtige samarbejdsfora er afgørende. Regionerne kan kun udøve faglig ledelse af almen praksis, hvis de inddrager de praktiserende læger.

Der er nemlig allerede faglig ledelse i almen praksis. Almen medicin har gennem mange år opbygget stærke faglige miljøer omkring kliniske vejledninger, forskning, efteruddannelse, kvalitetsudvikling, KAP-enheder og praksiskonsulentordninger. Den nye regionale faglige ledelse skal bygge videre på disse strukturer og understøtte dem – ikke erstatte dem med parallelle systemer.

DSAM ønsker at bidrage aktivt til udviklingen af den faglige ledelse. Målet skal være at styrke kvaliteten og skabe bedre sammenhæng og mindske ulighed i sundhed. Udviklingen skal tage udgangspunkt i almenmedicinsk faglighed og i den kliniske virkelighed i almen praksis.

Principper for god faglig ledelse

Faglig ledelse er understøttende, koordinerende og udviklende

Formålet med faglig ledelse skal være at gøre klinikkerne bedre i stand til at levere høj faglig kvalitet gennem læring, efteruddannelse, kvalitetsudvikling, faglig sparring og lokale tilbud om udvikling af klinikkerne. Den faglige ledelse skal være baseret på tillid, og kvalitetsklyngernes trygge rum skal bevares. Den faglige ledelse skal ikke udvikle sig til hierarkisk detaljestyring af den enkelte klinik eller instruktion i behandlingen af den enkelte patient. Den praktiserende læges selvstændige faglige ansvar og kliniske dømmekraft skal respekteres; ellers kan lægen ikke arbejde meningsfuldt.

Faglig ledelse er klart adskilt fra kontrol

Faglig ledelse er ikke det samme som kontrol. Faglig udvikling skal holdes klart adskilt fra myndighedsudøvelse, tilsyn og sanktioner. Myndighed, tilsyn og sanktion skal varetages i andre og tydeligt adskilte strukturer. Faglig ledelse mister sin legitimitet, hvis de samme fora både skal skabe et trygt læringsrum og føre kontrol.

Faglig ledelse skal være forankret i almen medicin

Ledelse af den faglige udvikling af almen praksis kræver indgående kendskab til specialet almen medicin, dets arbejdsform og vilkårene i klinikkerne. Den almenmedicinske faglighed skal derfor være tydeligt repræsenteret, både når der ansættes ledere, udvikles konkrete indsatser og sættes mål. Almenmedicinske ledere bør arbejde i en almen praksis mindst en dag om ugen.

Den faglige retning skal beskrives nationalt, ikke lokalt

Overordnede faglige rammer og prioriteringer skal fastlægges nationalt. Den regionale faglige ledelse af almen praksis skal ske med respekt for indholdet i "opgavebeskrivelsen for de almenmedicinske tilbud" og for de faglige områder, som Fagligt Råd for Almen Praksis peger på. En nationalt fastsat retning kan mindske geografisk variation. Det betyder ikke, at alle klinikker eller patientforløb skal være ens, men at man skal undgå uønsket variation. Den faglige ledelse i sundhedsråd og regioner skal arbejde på, at de geografiske forskelle i behandling mindskes både i det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Faglig ledelse er et gensidigt ansvar

Faglig ledelse må ikke alene rette blikket mod, hvad almen praksis skal gøre anderledes. Den skal også identificere forhold hos øvrige aktører, der har betydning for kvaliteten af patientforløbene på tværs. Det gælder blandt andet adgang til diagnostik, konference mellem speciallæger og hvornår man kan forvente at få patienten set til vurdering på sygehuset eller hos praktiserende speciallæge. Ved flytning af en sygehusopgave til almen praksis bør den praktiserende læge få samme muligheder/ventetid for diagnostik, som man havde på sygehuset.

Faglig ledelse skal respektere den almenmedicinske arbejdsform

Det almenmedicinske speciale kan ikke reduceres til efterlevelse af enkeltstående sygdomsspecifikke mål. Almen praksis arbejder personcentreret og på tværs af diagnoser med patienter, der ofte har flere sygdomme og problemstillinger samtidig. Faglig ledelse skal derfor give plads til klinisk dømmekraft, prioritering og tilpasning til den enkelte patients behov. Standarder og data kan understøtte kvaliteten, men kan ikke stå alene som mål for den. Den samme opgave vil med rette blive løst forskelligt på sygehuset og i almen praksis.

Data skal bruges til læring og forbedring

Relevante data kan være et vigtigt redskab til at identificere variation, prioritere indsatser og understøtte kvalitetsudvikling. Det, der måles, prioriteres ofte til fordel for andre indsatser. Derfor er det vigtigt at måle på det rigtige. Se bilag for DSAM's konkrete forslag til monitorering. Data skal anvendes til læring og fælles forbedring – ikke til detailstyring af den enkelte klinik. Registrering og kodning må ikke tage unødvendig tid fra patientarbejdet.

Hvornår er det relevant at løse en opgave i almen praksis

Nye opgaver skal først vurderes ud fra følgende parametre:

- Opgaven er almenmedicinsk.
- Der er eller kan skabes kapacitet til opgaven i almen praksis.
- Opgaven er så almindelig eller enkel, at der kan oprettes en rutine.
- Det accepteres, at opgaven løses almenmedicinsk og ikke kan flyttes 1:1. Opgaven kan indgå i det almenmedicinske helhedssyn med patientkendskab og kontinuitet, hvor alle patientens dagsordner kan indgå.
- Ansvarsfordelingen mellem specialerne er klart beskrevet, og der er relevante og velbeskrevne konference/henvisningsmuligheder for både billeddiagnostik og sygehusbehandling.
- Opgaven kan gennemføres i alle praksis uanset geografi, og der kræves ikke ekstra lokaler eller kompliceret udstyr.
- Lægerne kan efteruddannes til opgaven.
- Der kan laves relevante DSAM-vejledninger på området, hvis de ikke findes.
- Der kan udøves kvalitetssikring via klyngerne eller egne populationsoverblik i klinikkerne.

Ovenstående betyder, at højt specialiserede opgaver fortsat hører hjemme på sygehuset, selvom patienten er stabil. Mulighed for konference med et andet speciale kan understøtte arbejdet i almen praksis, men kan ikke erstatte den nødvendige kompetence. Et eksempel: En epilepsipatient, der får medicin, men er uden anfald bliver fx aldrig almenmedicinsk, men kan tilknyttes sygehuset som behovspatient. Volumen på opgaven er for lille til, at den praktiserende læge kan opnå rutine, og ligeledes er volumen for lille til, at DSAM-vejledninger, efteruddannelse og kvalitetssikring giver mening.

En ny opgaves vej fra ide til implementering

I det følgende beskrives en ny opgaves vej fra ide til udførelse. Beskrivelsen er baseret på oplysninger i opgavebeskrivelsen og forståelsespapiret. Nogle af de relevante fora er ikke endeligt etableret eller mangler kommissorier. Det forudsættes, at dette kommer på plads.

En mulig opgave identificeres

Sundhedsstyrelsen har nedsat arbejdsgrupper for specialebeskrivelser for alle specialer inklusiv en specialebeskrivelse for almen medicin. Repræsentanter for specialerne deltager. I forbindelse med disse specialebeskrivelser beskrives fagets kerneopgaver, og arbejdsdelingen mellem specialerne kortlægges. Det beskrives, hvilke opgaver der kan ændres, afskaffes eller flyttes mellem specialerne. Specialebeskrivelsen i almen medicin kan fx beskrive en udvidet opgaveløsning i almen praksis, eller at nogle patienter overtages tidligere efter et sygehusforløb. Man kan også identificere nye opgaver, der er tilkommet pga. faglig udvikling.

Opgaven beskrives nationalt

Hvis en opgave identificeres som almenmedicinsk, skal den indgå i den nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Sundhedsstyrelsen udarbejder og reviderer opgavebeskrivelsen med inddragelse af relevante faglige aktører for de almenmedicinske tilbud, heriblandt Praktiserende Lægers Organisation (PLO), lægefaglige selskaber såsom DSAM, regioner, kommuner og patientforeninger m.fl. i et rådgivende udvalg.

Fagligt Råd vurderer opgaven

Fagligt Råd vurderer, om der er tale om væsentlige justeringer i opgavebeskrivelsen, der skal medføre genforhandling af de økonomiske vilkår mellem PLO og Danske Regioner. Hvis der tilkommer nye opgaver, som ikke er beskrevet i opgavebeskrivelsen, kan dette også behandles.

Der tages samtidig stilling til, hvordan almen praksis fagligt rustes til at løse opgaven. Fagligt Råd peger på behov inden for kliniske vejledninger, kvalitet, efteruddannelse og forskning. Fagligt Råd informerer bestyrelserne for efteruddannelse, kvalitet og forskning.

Den faglige infrastruktur etableres i henhold til det, som Fagligt Råd har peget på

Vejledning: DSAM udarbejder kliniske vejledninger for opgaven/opgaverne.

Efteruddannelse: Det sikres, at der er relevant systematisk efteruddannelse (uden indflydelse fra industri) for opgaven.

Kvalitetsudvikling: Der udarbejdes relevante klyngepakker for opgaven.

Forskning: Der etableres relevante forskningsprojekter. Fokus på effekt og evidens.

Opgaven aftales mellem PLO og Danske Regioner

Det faglige indhold omsættes til en aftale om rammer, ansvar og ressourcer.

Opgaven behandles i regionale samarbejdsfora

Opgaven behandles i de relevante regionale samarbejdsfora med deltagelse af PLO, DSAM og relevante PKO (praksiskonsulenter) med henblik på, at der kan gives fagligt input til sundhedsrådene.

DSAM repræsenterer den almenmedicinske faglighed i spørgsmål om faglig udvikling, kvalitet, kompetencer og indholdet i almenmedicinske opgaver.

PLO repræsenterer de praktiserende læger i spørgsmål om aftaler, rammer, økonomi og sanktioner.

PKO har en vigtig funktion i samarbejdet mellem almen praksis og de enkelte sygehusafdelinger og kan bidrage med konkret lokal viden om henvisninger, arbejdsgange, sektorovergange og lokale samarbejdsproblemer. PKO bør ikke alene repræsentere almen praksis i den regionale faglige ledelse.

Sundhedsrådene beskriver opgaveløsningen

Sundhedsrådene kan understøtte, at den nationalt definerede opgave fungerer i den lokale virkelighed. Opgaven skal løses, men den praktiske organisering kan variere mellem regioner og sundhedsråd. Regionalt skal der blandt andet lægges en plan for adgang til diagnostik og konference, og der laves relevante forløbsplaner, der beskriver samarbejde med sygehuse og kommuner og andre aktører fx praktiserende speciallæger og fysioterapi.

Nye opgaver bør som nævnt defineres nationalt. Det udelukker dog ikke, at man lokalt kan lave forsøg med nye opgaver. Dette bør udtrykkeligt defineres som pilotforsøg og overholde samme kriterier som beskrives i afsnittet: "Hvornår er det relevant at løse en opgave i almen praksis".

Lokale samarbejdsfora. Optimalt at KAP-enheder understøtter at den nye opgave implementeres i praksis

KAP-enhederne er det understøttende bindeled mellem de praktiserende læger, DSAM, PLO og praksiskonsulenterne. Her understøttes den lokale udmøntning af opgaven. Der kan fx arrangeres lokal efteruddannelse, konferencer og praksisdage, hvor opgaven er i fokus.

KAP-enhederne bygger bro mellem fagligt råd, de centrale kvalitets- og efteruddannelsesorganisationer og det lokale arbejde.

KAP-enhederne driver konsulentvirksomhed med henblik på organisation, ledelse, kvalitetsudvikling og efteruddannelse på praksisniveau.

KAP-enhederne diskuterer aktuelle emner og udfordringer vedrørende opgavens udførelse ved møder hvor den almenmedicinske del af sygehusledelsen deltager.

Den faglige ledelse arbejder understøttende, koordinerende og udviklende

Den faglige ledelse deler aggregerede data med klinikkerne og i de lokale samarbejdsfora, og disse data kan også behandles i klyngerne, hvor relevante afdelinger kan inviteres ved behov.

Hvis det viser sig, at enkelte klinikker afviger på en måde, som den regionale faglige ledelse vurderer, er uønsket, kan den regionale ledelse/den lokalt ansatte almenmedicinske leder sammen med praksis finde årsagen via dialog og herefter vejlede og understøtte. Her kan man fx se på kodning og patientsammensætning og kapacitet. Er der fx manglende kapacitet, må man se på, om der er opgaver, der kan fraprioriteres. Den enkelte klinik kan tilbydes kvalitetsudvikling via KAP-enheden.

Hvis regionens faglige ledelse ikke er tilfreds med udviklingen og vurderer, at alle muligheder er udtømte, overgår sagen til sanktionssystemet, og der er ikke længere tale om faglig ledelse.

Data bruges både udadtil og indadtil

Der skal indsamles relevante kvalitetsdata, som gør det muligt at følge, om opgaven fungerer efter hensigten. Hvor det er relevant, bør data kunne ses på tværs af sektorer. Det er vigtigt at sikre kvaliteten af data. Data skal reelt afspejle det, man ønsker at forbedre. Data til kvalitet og kontrol må ikke blandes, da det skader validiteten.

Den enkelte praksis skal have sine data tilbage i en anvendelig form, så de kan bruges til læring og kvalitetsudvikling både internt i klinikken og i klyngen.

Opgaven evalueres på tværs af sundhedsvæsenet

Der bør etableres et system for evaluering af sundhedsreformen, både via almen medicinsk forskning og via evalueringsprocesser i sundhedsrådene. Evalueringer bør gå tilbage til Sundhedsstyrelsen, så erfaringerne kan skabe værdi ved nye ændringer af opgavebeskrivelsen.

Evalueringen skal ikke alene spørge, om almen praksis har løst opgaven. Den skal også vurdere, om patientforløbene er blevet bedre, om kvaliteten er stabil eller forbedret, om ulighed er mindsket, om kapaciteten er tilstrækkelig og hvordan arbejdsbelastningen har ændret sig i almen praksis, på sygehusene og i kommunerne. Som afslutning på dette dokument findes et bilag med en liste over forslag til målepunkter.

Målepunkter

Forslag til overordnede resultatmål for sundhedsreformen

- Stiger antallet af praktiserende læger?
- Svarer de praktiserende lægers fordeling i landet til sygdomsbyrden?
- Falder andelen af afviste henvisninger?
- Falder uligheden i udredning og behandling?
- Fastholdes eller bedres udvalgte valide sygdomsparametre i hele sundhedsvæsenet?
- Ændring i patientforløb. Er der færre sektorovergange, og implementeres aftalte opgaveflytninger/følges de aftalte forløbsbeskrivelser?
- Følger ressourcerne med opgaverne?

Delmål

Belastning af sundhedsvæsenet

- Falder antal kontakter og tid brugt på sygehusophold?
- Falder antal kontakter til lægevagten?
- Falder antal akutte indlæggelser?
- Falder antal genindlæggelser?
- Analyse af kvaliteten af indlæggelser på midlertidige sundheds og omsorgs pladser
- Stiger antal patienter, der modtager hjemmebehandling?

Kommunikation og koordinering

- Bedres praksislægens tilgængelighed til at konferere med sygehuslæger?
- Bedres sygehuslægers tilgængelighed til at konferere med praksislæger?
- Stiger antallet af skriftlige korrespondancer og konferencer mellem egen læge og speciallæger (overholdes tidsfrist)?
- Øges antallet af videokonferencer mellem behandlere?
- Er epikriser og henvisninger fyldestgørende?

Behandlingskvalitet og kontinuitet på tværs af sektorer

- Sikres behandlerkontinuitet i patientforløb i almen praksis?
- Sikres patientansvarlig læge på sygehus?
- Falder antallet af patienter i "Possibly Inappropriate Medication (PIM)"?
- Bliver der færre overgange i patientforløbene?
- Er hitrate i kræftpakkeforløb tilfredsstillende i forhold til de opstillede mål, så både overdiagnostik og underdiagnostik undgås?
- Stiger eller fastholdes patienttilfredsheden i almen praksis, regionsklinikker og udbudsklinikker?

Strukturelle faktorer og organisatorisk udvikling i almen praksis

- Hvordan udvikler trivslen sig blandt læger og personale i almen praksis og i regionsklinikker/udbudsklinikker under de aktuelle strukturændringer?
- Fungerer klyngerne og understøtter de samarbejde og vidensdeling?
- Har efteruddannelsesprogrammer den ønskede effekt på kompetenceudvikling?
- Sikres relevant og nyttig forskning inden for de centrale sundhedsområder?

Effektivitet og ressourceudnyttelse på tværs af sektorer

- Fald i irrelevante blodprøvetagninger og antal rekvisitioner (mindre overlap og større effektivitet)?
- Stigning i samlede antal kontakter for sårbare patienter med adgang til flere tids-tunge ydelser?
- Stagnation eller fald i antallet af kontakter for ressourcestærke patienter?