

LEDELSE I ALMEN PRAKSIS

Hvad siger sundhedsreformen om ledelse i almen praksis?

Af sundhedsreformens afsnit om ledelse fremgår, at regionerne skal have:

- Styrket kompetence til at **lede og udvikle** det almenmedicinske tilbud, **med fokus på faglig udvikling og samarbejde**.
- Styrket lovmæssigt grundlag til at **stille krav** og følge op på klinikkernes efterlevelse af nationale krav.
- Mulighed for at **sanktionere**.

Der oprettes et **tvistløsningssystem** ved uenighed mellem myndighed og klinik.

Der skal være adgang til **data** og information om aktiviteten og kvaliteten i de almenmedicinske klinikker.

Sundhedsrådene skal lede den faglige udvikling.

Hvilke nationale krav?

Der udarbejdes i øjeblikket en opgavebeskrivelse, der skal beskrive, hvilke opgaver man forventer bliver løst i almen praksis samt en beskrivelse af hvilket basistilbud alle praksis skal kunne levere. I skrivende stund ser det ud til, at både basistilbud og opgavebeskrivelsen kommer til at beskrive de store linjer, uden at gå i detaljer.

På sigt forventer man, at flere opgaver skal løses i det nære sundhedsvæsen. Med den første opgavebeskrivelse flyttes en del af demensbehandlingen og den palliative behandling.

Der er en vision om større omsorg for de patienter, der har det største behandlingsbehov. Dette skal understøttes af et differentieret normaltal.

Generelt om ledelse og monitorering af almen praksis

Ledelse og udvikling i almen praksis er anderledes end anden ledelse, da de praktiserende læger ikke er lønmodtagere. Da lægerne er selvstændige erhvervsdrivende, kan lederen ikke fastlægge den enkelte læges måde at udføre sine arbejdsopgaver, men kun se på klinikens faktiske tilgængelighed, kvalitet, aktivitet mm. Der må derfor nødvendigvis i højere grad være tale om "tilsyn" end ledelse.

Enhver monitorering kræver en baseline og et klart mål. Disse 2 faktorer er ikke til stede, og det kan vanskeliggøre processen.

- Baseline er varierende både i almen praksis og på sygehuse. Der er således stor geografisk variation i, hvordan opgaver løses og hvor skæringsflader mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehuse findes. Samtidig har der de seneste år været en udtalt opgaveflytning fra sygehusene, som hverken har været monitoreret eller kvalitetssikret.
- Opgavebeskrivelsen bliver ikke detaljeret. Man kommer til at beskrive nogle overordnede opgaver, men ikke deres skæringsflader med sygehuset. Dette kan gøre ledelse svær. Hvad er det præcis for nogle udredninger og behandlinger almen praksis skal varetage? Man overvejer at henvise til eksisterende vejledninger, men kun få af disse er lavet med almen medicinsk deltagelse.
- De klinikker, der skal ledes, er talrige og har meget forskellige populationer blandt andet på grund af lægens alder. Man kan ikke sammenligne 2 praksis, selvom de ligger i samme område.
- Hertil kommer, at ydelserne i almen praksis i høj grad er patientstyrede. Hver enkel konsultation handler ofte om 3-5 emner, som kan være både korte spørgsmål, bekymringer og egentlige sygdomsforløb. På sygehuset handler de fleste kontakter om et emne. Hvis man prøver at lede almen praksis, som man leder sygehuse, vil man nemt komme til at fokusere enøjlet på konkrete diagnoser og glemme bredden og kompleksiteten i patienternes henvendelser. Ja faktisk kan det ende med, at man ser praksis med sygehusbriller og kun monitorerer på de tilstande, der påvirker sygehusets arbejde.

Alt i alt har man hverken en præcis beskrivelse af opgaven, en baseline, valide data eller tilstrækkelig viden om, hvad der foregår i almen praksis.

Det vurderes derfor, at en ny ledelse af almen praksis kræver en lang implementeringsperiode, hvor man må starte med at analysere, hvor arbejdsopgaverne i sundhedsrådsområdet reelt løses. Når der er etableret en baseline, er den et godt udgangspunkt for videre udvikling, og opgavebeskrivelsen kan opdateres.

I starten er det vigtigt at vælge udvalgte og veldefinerede kvalitetsmål, som er relevante, uanset hvor i sundhedsvæsenet opgaverne løses.

Der findes allerede ledelse i almen praksis

PLO og Danske Regioner har aftaler der, ofte detaljeret, beskriver det faglige indhold i de aftalte ydelser. Der er en fælles kontrol af, at aftalerne overholdes, og tvister løses i Samarbejdsudvalg og Landssamarbejdsudvalget. Der er løbende partsmøder, hvor der kan laves små justeringer i aftalen.

PLO orienterer lægerne om regler og nyt vedrørende aftaler i et nyhedsbrev hver anden uge.

PLO og Danske Regioner har over mange år udviklet vigtige institutioner, der understøtter ledelse i almen praksis.

Via Fonden for Almen Praksis sikres:

- Datadrevet kvalitetsarbejde i klynger understøttet af organisationen KIAP.
- Efteruddannelse i systematiske emner, som alle læger forventes at deltage i, samt selvvalgt efteruddannelse.
- Forskning indenfor det almen medicinske område.

DSAM udarbejder behandlingsvejledninger til almen praksis.

Regionalt har PLO og Danske Regioner indgået lokale aftaler, ofte med detaljeret beskrivelse af det faglige indhold, fx om opfølgende besøg efter indlæggelse og palliation.

Regionalt findes der desuden velfungerende institutioner (KAP-enheder) for:

- Kvalitet og efteruddannelse (KEU).
- Ledelsesudvikling i almen praksis (POL-enheder).
- Samarbejde mellem almen praksis og sygehus (PKO = praksiskonsulentordningen).

I hver enkel praksis er hver enkel læge leder for sit personale og har i denne forbindelse udarbejdet regler og instrukser og holder løbende personalemøder. Over de sidste 5-10 år er ledelsen i almen praksis styrket ved en målrettet indsats fra PLO-efteruddannelse og de regionale kvalitetsenheder. **Se også DSAM's dokument om fagets institutioner.**

DSAM's overordnede forslag til ny ledelsesstruktur

Ændringer i den almen medicinske ledelse bør indføres med respekt for de strukturer, der allerede findes. Et nyt ledelseslag bør således bygges oven på de velfungerende strukturer for kvalitet, efteruddannelse, forskning og samarbejde, der allerede findes.

Den almen medicinske leder bør optimalt være speciallæge i almen medicin og have rod i almen praksis, enten som tidligere praktiserende læge eller som deltidspraktiserende (fx en dag om ugen i praksis).

DSAM's konkrete forslag til en ny ledelsesstruktur

- Der bør være en almen medicinsk leder repræsenteret i koncernledelsen og evt. i sygehusdirektionen i hvert sundhedsrådsområde. Den almen medicinske ledelse bør være ligestillet med sine kolleger i direktionen.
- En almen medicinsk leder kan naturligvis ikke komme på sin "afdeling". Derfor må tilknytningen til specialet sikres via arbejdsdage i almen praksis. Hvis lederen ikke er deltidspraktiserende læge, må viden om arbejdsdagen i almen praksis sikres med fast tilknytning til en eller flere praksis og flere månedlige besøg.

- KAP-enhederne bør bevares og struktureres efter forbillede fra Region Nordjyllands KAP-enhed Nord-KAP (**bilag**). Aktuelt er KAP-enheden regional, hvilket er muligt, fordi det er en lille region. Man må vurdere, om der skal være en KAP-enhed for hvert sundhedsrådsområde/flere sundhedsrådsområder eller regionalt.

KAP-enheden kan som i Region Nord holde 4 årlige bestyrelsesmøder.

I bestyrelsen sidder udpegede fra region, kommuner, PLO og DSAM, den almen medicinske overlæge og 2 ledere fra sygehusdirektionen (optimalt fra det psykiatriske og somatiske område).

KAP-enheden ansætter og driver en organisation med praksiskonsulenter, klyngeteam, ledelse og organisation i almen praksis, efteruddannelsesenhed, lægemiddelenhed og datakonsulenter.

KAP-enhedens opgaver

- Bygge bro mellem almen praksis og sundhedsvæsenets øvrige aktører.
- Give fagligt input til sundhedsrådene både løbende og i forbindelse med udarbejdelse af nærsundhedsplaner.
- Bidrage til at udmønte de beslutninger, der tages i sundhedsrådene.
- Igangsætte og godkende forløbsbeskrivelser.
- Definere udvalgte kvalitetsmål for arbejdet i almen praksis og vejlede herom.
- Diskutere aktuelle emner og udfordringer vedrørende samarbejdet mellem sygehus og praktiserende læger.
- Drive konsulentvirksomhed mhp. organisation/ledelse/kvalitetsudvikling og efteruddannelse på praksisniveau.
- Bygge bro fra centrale kvalitets- og efteruddannelsesorganisationer til det lokale arbejde.
- Arrangere lokale efteruddannelses- og kvalitetsmøder.

Den almen medicinske overlæges opgaver

- Indgå i sygehusdirektionen med et alment medicinsk perspektiv og styrke samarbejdet ved at bygge bro mellem almen medicin og de øvrige specialer.
- Sikre at de øvrige sygehusfunktioner understøtter almen praksis. (Fx indgå i dialog ved afvisning af henvisninger i samarbejde med praksiskonsulenterne).
- Tilbyde viden om almen praksis til den øvrige sygehusledelse. Sikre at spørgsmål fra sygehusledelsen bringes videre til behandling i KAP-enheden og hos praksiskonsulenter.
- Deltage i KAP-enhedens bestyrelsesmøder.
- Analysere data fra almen praksis om aktivitet og kvalitet.
- Planlægge og foreslå konkret faglig udvikling i almen praksis i området, hvilket kan effektueres via KAP-enhederne.

- Kontakte konkrete praktiserende læger for dialog, hvis der opdages problemstillinger. Her kan der trækkes på tilbud fra KAP-enheden.
- I ekstreme tilfælde, hvor dialog afvises eller ikke fører til ændringer, kan den almen medicinske overlæge kontakte koncernledelsen mhp. sanktioner.

Monitorering af kvalitet

- Den faglige udvikling kan fortsætte i klyngestrukturen.
- Data kan trækkes via den nye dataplatform (health hub). Her kan klinikker med samme patientgrundlag sammenligne aggregerede data. Dvs. at muligheden for at arbejde med kvalitetsdata bedres betydeligt.
- Der bør være fokus på data, der kan trækkes fra journalerne på en måde, så praktiserende læger ikke kommer til at bruge for meget tid på registrering (og mindre tid med patienterne).
- Forskningsenheder og speciallæger i almen medicin skal inddrages i kvalitetsprojekter.
- Hvis en ny opgave aftales i sundhedsråd - fx demensudredning - kan den faglige udvikling udbredes centralt via en klyngepakke fra KiAP, samtidig med at opgaven understøttes decentralt via KAP-enhederne.

Controlling er generelt et dårligt forandringsredskab. Der skal være plads til variation. Når der stilles krav mhp. mulig sanktion, bør det være på udvalgte prædefinerede mål, der er nemme at monitorere indenfor behandlinger, som kan være til skade for patienterne. Det kan fx være meget høj frekvens af udskrivning af antipsykotisk medicin eller en høj frekvens af patienter, der får medicin med en konkret farlig interaktion. Data skal måles på tværs af sundhedsvæsenet, da ordinationer kan være sket flere steder i sundhedsvæsenet. Der bør optimalt korrigeres for populationsbias. Fx hvis lægen er bostedslæge.

Ved afvigende mønstre indleder den almen medicinske overlæge en dialog med klinikken mhp. opklaring af årsag. KAP-enheden kan tilbyde relevant konsulentbistand.

En klinik kan også selv kontakte KAP-enheden ved konkrete udfordringer/uforklarlige udsving på data, som klinikken ikke selv kan forklare eller håndtere.

Monitorering af efteruddannelse og klyngearbejde

Deltagelse i efteruddannelse og klyngearbejde monitoreres allerede centralt fra via KiAP og efteruddannelsessekretariatene (under Fonden for Almen Praksis).

Læger, der ikke deltager i efteruddannelse, kan få besøg af konsulenter fra KAP-enheden mhp. individuel rådgivning. Læger, der ikke deltager i klyngearbejdet, akkrediteres af konsulenter fra KAP-enheden.

Eksempel på fremtidig ledelse: Sagsgangen, når SST tilføjer nye opgaver til opgavebeskrivelsen

1. Opgaven og dens fordeling mellem almen praksis og sygehus defineres af SST i samarbejde med DSAM og andre relevante faglige selskaber. PLO er repræsenteret i arbejdsgrupper.
2. Sundhedsstyrelsen beskriver opgaven (fx demensudredning) og den tilføjes til opgavebeskrivelsen.
3. RLTN og PLO indgår en aftale om opgaven.
4. DSAM udarbejder relevante vejledninger til de almen medicinske tilbud.
5. PLO-efteruddannelse udbyder kurser i emnet som systematisk efteruddannelse.
6. Den nye opgave behandles i sundhedsrådene. Løsningen af opgaven udlægges herefter til sygehusledelsen inkl. den almen medicinske overlæge. Der udarbejdes en forløbsbeskrivelse med lokalt fagligt input fra KAP-enheden.
7. Forløbsbeskrivelserne godkendes af alle parter i KAP-enhederne og derefter af sundhedsråd.
8. KiAP beskriver data, der kan monitorere den nye opgave, og udarbejder en klyngepakke. Når det er relevant, deltager udvalgte sygehuslæger/kommunen til klyngeomøderne.
9. KAP-enhederne understøtter klinikkernes udvikling indenfor den nye opgave, initierer lokale initiativer og fungerer som konsulent for lægerne.
10. POL-enhederne tilbyder vejledning i konkrete ledelsesopgaver i lægehuset som følge af den nye opgave (uddelegering, instrukser mm).