

NOTAT

DSAM har udarbejdet dette notat med det formål at give input til fremtidens gode samarbejde i sundhedsvæsenet.

Notatet er blevet til på baggrund af input fra praktiserende læger i DSAM's formandskab, repræsentanter fra DSAM's og PLO's bestyrelser, alle forskningsenheder (3 ud af 4 forskningsledere) samt yngre læger på vej til at blive speciallæger i almen medicin.

Vision om et bedre samarbejde

Det gode samarbejde i fremtiden

Patienterne efterlyser sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Det betyder, at vi i fremtiden i højere grad skal flytte viden mellem sektorerne fremfor at flytte patienter. Sundhedspersoner i alle sektorer har brug for, at sammenhængen skabes på en måde, som er intuitiv og velfungerende. Sundhedsvæsenet har brug for, at ressourcerne bruges klogt. DSAM kommer her med input til, hvordan det kan lade sig gøre.

I fremtiden har egen læge større mulighed for at levere alt det basale indenfor udredning, behandling og opfølgning. Her tænkes også på fagligt krævende ting, såsom demensudredning, palliation, billeddiagnostik, samtalebehandling, uklare sygdomsbilleder, komplekse smerter, geriatri, multisygdom og unge i mistrivsel. Den subspecialiserede ambulante sygehus-udredning og udgående teams fra sygehuset er reserveret til de tilfælde, hvor egen læge ikke kan komme længere.

Praktiserende læger har forskellige spidskompetencer, bl.a. fordi deres populationer er meget forskellige i alder og sygdomsbyrde. Enhver praksislæge kan levere på det basale niveau på alle felter, men meget rigide snitflader er kontraproduktive, da mange praksislæger kan langt mere end det basale. Derfor er det vigtigt, at den praktiserende læge altid ved, at sygehuset står klar, når lægen ikke kan komme længere selv. Bedre sammenhæng fordrer blødere sektorovergang med bedre konferencemuligheder mellem speciallægen i almen praksis og speciallægen på sygehuset. Henvisninger afvises aldrig mere uden dialog.

Det siger sig selv, at ovenstående fordrer, at kapaciteten udvides i almen praksis. Øget kapacitet er en forudsætning for, at almen praksis kan påtage sig en større del af behandlingsansvaret for patienten.

I det følgende beskrives DSAM's visioner om

1. Konference mellem speciallæger fra Almen Praksis og Sygehus
2. Fælles data mellem speciallæger fra Almen Praksis og Sygehus
3. Sygehusets understøttelse af Almen Praksis med udgående funktioner
4. Sygehusets understøttelse af Almen Praksis med adgang til sygehusfunktioner
5. Almen Praksis' understøttelse af Sygehus
6. Faglig samarbejdsstruktur, uddannelse, kvalitet

1. Konference mellem speciallæger fra Almen Praksis og Sygehus

Muligheden for at kontakte en specialist på sygehuset udbredes, så der er adgang til alle relevante specialer i hvert sundhedsrådsområde. Lægen har direkte adgang til specialisten, uden sekretærvisitation, og får kontakt til en dedikeret speciallæge, ikke en travl bagvagt.

I fremtiden fordeles sygehuslægerne conferenceopgave på færre hænder, og disse speciallæger har kendskab til vilkår i almen praksis; de har fx været på praksisbesøg. Det er desuden sygehuslæger med bredere kompetencer, så patienten ikke falder mellem stolene i specialistkonferencen, eller der skal omstilles flere gange.

Ordet "rådgivning" er erstattet af ordet "konference", hvilket afspejler det respektfulde samarbejde. Der er tale om et møde mellem to forskellige slags speciallæger, der sidder inde med hver sin specialistviden, og arbejder for at finde den bedste løsning for patienten.

Speciallægen på sygehuset udfærdiger et kort skriftligt notat efter hver konference, som sendes til almen praksis. Egen læge noterer ligeledes et kort resume i patientens journal.

Der indføres desuden mulighed for skriftlig elektronisk korrespondance med alle relevante specialer. Skriftlig korrespondance kan være mindst lige så godt som telefon og er langt mere fleksibel. Mange læger foretrækker dette. Der laves en beskrivelse af "gode principper for skriftlig korrespondance mellem speciallæger", hvori indgår en minimums-responstid på fx 3 dage begge veje.

I fremtiden er der ikke blot fokus på, hvornår den praktiserende læge bør konferere med læger på sygehuset, men også på hvornår sygehusets læger bør kontakte den praktiserende læge i forbindelse med behandling af fælles patienter.

Det kan fx være konference om sårbare patienter for at undgå overbehandling og overdiagnostik. Bagateller kan nogle gange blive til meget store udredningsprogrammer - bare for en sikkerheds skyld. Her kan egen læge, der kender hele patientens sygehistorie, hjælpe med skabe overblik og prioritere. Der skal være fokus på, hvilken behandlingskonsekvens en undersøgelse har - før den ordineres. Det kan egen læge hjælpe med.

Ved komplekse og langvarige indlæggelser kan en konference med almen praksis før udskrivelse give mulighed for, at den virkelighed, som sygehuset udskriver til, svarer til det mulige tilbud. Sygehusets notat herfra kan sendes til egen læge, som har mulighed for at planlægge opfølgning tidligere, end hvis lægen skal vente på epikrisen.

Der er fokus på bedre understøttelse og samarbejde om palliative patienter i almen praksis. Læger fra sygehuset kontakter almen praksis, før patienten afsluttes i sygehusforløb mhp. en god overdragelse af det palliative forløb.

Planlagte fælles online sessioner med diskussion af konkrete cases og emner vil højne det gode samarbejde i fremtiden¹. Der etableres med jævne mellemrum åbne drop-in-konferencer, hvor en speciallæge fra sygehuset er online i en time, og praktiserende læger kan logge på for at deltage i diskussionen². Sygehusspecialister kan også komme fysisk på besøg i almen praksis. Disse tiltag kan ikke dække hele behovet for konference om patienter, men skaber forudsætninger for gode konferencer via bedret viden om hinandens vilkår³.

2. Fælles data mellem speciallæger fra Almen Praksis og Sygehus

Ved konference kan lægerne på et fælles patientoverblik se relevante diagnoser og behandlingsniveau, herunder fragility score. Dette forudsætter bedre muligheder for at dele tilgængelige data som fx demonstreret i patientoverblik⁴ og 'Samblik'⁵. Datadeling er kun til behandlingsformål og pooles ikke udenfor journalen. Samblikket forsvinder, når konferencen afsluttes.

Der skabes en digital fællesskabs-/vidensdelingsplatform. For at øge kompetenceniveauet både hos sygehuslæger og praktiserende læger kan der med fordel skabes en portal, hvor guidelines, "best practice"-cases, FAQ'er og sparring deles. Her må det også gøres tydeligt, at guidelines for en given sygdom kan være forskellige, afhængig af hvor i sundhedsvæsenet man er, da både epidemiologi og rammevilkår varierer. Det kunne være i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (fælles visningsplatform).

Der bør fortsat arbejdes på kvalificering af epikriser og henvisninger og i fremtiden også med kvaliteten af samarbejdsnotater.

3. Sygehusets understøttelse af Almen Praksis med udgående funktioner

Alle laboratorier har mobile udkørende blodprøveenheder til hjemmeblodprøver.

For at sikre lige vilkår for patienterne uanset postnummer har alle områder dedikerede akutsygeplejersker, der kan tage blodprøver ved forværring i tilstand fx crp, hgb og væsketal.

Indlæggelse i eget hjem udbredes til at kunne udsendes fra alle sygehusområder⁶.

Socialpsykiatrisk udrykningstjeneste, hvor psykiatrisk sygeplejerske og politiet besøger psykiatriske patienter i hjemmet, udbygges, og adgangen til disse gøres lettere med et direkte nummer (aktuelt skal man igennem politiets omstilling).

Flexklinikker kan oprettes flere steder inspireret af flexklinikken i Bispebjerg. Her kan ydes behandling, men formålet på sigt bør være at skabe relation til egen læge igen. Derfor har flexklinikken et godt samarbejde med egen læge og hjælper patienten med kontakt til egen læge og ved at følge patienten til konsultationer hos egen læge. Formålet er, at flexklinikken gør sig selv overflødig, så der er plads til at tage imod nye borgere, der har brug for hjælp i klinikken.

Parallelt med flexklinikker bør der opbygges landsdækkende følge-til-lægen ordninger for særligt sårbare borgere, så det forebygges, at de får brug for flexklinikkerne.

4. Sygehusets understøttelse af Almen Praksis med adgang til sygehusfunktioner

Der indføres en fælles telefonvisitation for både akutte indlæggelser, subakutte indlæggelser og subakutte ambulante tider. Alle relevante sygehuspecialer tilbyder subakutte ambulatorietider indenfor 72 timer. Man ringer til samme nummer uanset afdeling. Det gælder også psykiatrien.

Den praktiserende læge får en vetoknap, som kan bruges i udvalgte tilfælde: patienten, der ikke kan afvises og må ses i akutmodtagelsen, uanset om patienten ikke passer ind i nogen specifik afdeling. Dette er nødvendigt af patientsikkerhedshensyn.

Der skabes subakutte TVÆRFAGLIGE ambulatorier, der bruges, når egen læge ved, at patienten er syg, men ikke i hvilket organ. Disse ambulatorier er til patienten, som ikke kan vente på en elektiv udredning, der risikerer at blive en langstrakt og stjerneformet ørkenvandring. Subakut tværfagligt ambulatorium er et alternativ til akut indlæggelse i FAM og mere rationel (god ro og orden, kræver ikke en seng, udredningsforløb kan planlægges). Et bredt subakut ambulatorium, der kan tilbyde ledige tider indenfor 72 timer, vil kunne afværge mange indlæggelser til gavn for både patienten og økonomien i sundhedsvæsenet⁷.

Generelt er fremtidens ambulante og subakutte funktioner mere tværfaglige, så patienten ikke falder mellem 2 stole. Der er brug for mere fokus på symptom (fx åndenød) end diagnose (fx hjertesygdom contra lungesygdom). Der kan skabes pakker for udvalgte problemstillinger - fx åndenød. Også i Diagnostisk Center bliver det nemmere at henvise patienter ud fra symptomer frem for ud fra diagnose. Der bør være øget direkte kontakt og samarbejde om udredning. Man skal ikke bare kunne afvise.

Hvis afdelingen mener, at henvisning er sendt til forkert afdeling, kan afdelingen omvisitere til relevant afdeling fremfor at afvise - selvfølgelig med mulighed for at kontakte egen læge for dialog. Man kan også forvisitere ved at få patienten i spil - sygehuset kan ringe til patienten, hvis noget er uklart, fx i en henvisning.

Evt. kan man, ligesom man har en akut central visitation, indføre en elektiv central visitation, som er fokuseret på at finde et sted, hvor patienten hører hjemme, frem for at afvise.

Dette vil være en mere konstruktiv samarbejds måde og spare patienten og sundhedsvæsenet for (i nogle tilfælde livskritisk) tid og arbejdstid.

Der etableres drop-in-røntgenundersøgelser på alle røntgenafdelinger, og almen praksis får bedre adgang til radiologiske undersøgelser, fx udvalgte MR-scanninger.

Der etableres også bedre adgang til diagnostiske undersøgelser på sygehuset fx ekko/tåtryk/holter/skopier. Ved henvisning til disse undersøgelser kan egen læge bevare behandlingsansvaret og således kunne tage hånd om flere behandlinger. Det udfordrer logistikken, da egen læge skal være rimelig sikker på, hvornår undersøgelsen på sygehuset er foretaget, og der kan følges op; derfor kan egen læge "bestille" visse undersøgelser på sygehuset inden for kort tid på samme måde, som der bestilles laboratorieprøver.

Der er generelt et klart og tydeligt behandlingsansvar og en klar og tydelig overlevering, når behandlingsansvaret flytter sig mellem sektorer.

5. Almen Praksis' understøttelse af Sygehus

Tovholderrollen er i fremtiden en mere aktiv rolle. Almen praksis har i højere grad ledelsesret og -pligt i forhold til det samlede forløb, både i praksis og på sygehus. Især når det gælder patienter med kompleks multisygdom, hvor også socioøkonomiske og psykosociale forhold spiller ind.

Egen læges akutte tider kan som noget nyt også bruges i forbindelse med, at en akutmodtagelse har "vendt patienten i døren" med anbefaling om at gå til egen læge næste dag og har sendt gul eller rød epikrise. Patienten eller dennes stedfortræder ringer næste morgen og booker tiden, hvis det stadig er relevant. Hvis akutmodtagelsen skønner, at patienten ikke magter dette, må akutmodtagelsens sekretærfunktion gøre det for patienten (rød epikrise).

Almen praksis overtager palliationspatienter efter telefonisk aftale med sygehuset, fremfor at alle rutinemæssigt henvises til palliativt team.

Patienter, der er indlagt i psykiatrien i længere tid, kan booke tid hos egen læge, fx til hudproblemer, opfølgning på blodtryksbehandling etc. Konsultationen kan også bruges til den lidt bredere helbredsamtale for svært psykiatrisk syge. Det kan medvirke til, at man ikke skal bestille tilsyn fra andre afdelinger til almen medicinske problematikker. Det styrker også patientens relation til egen læge og dermed reduceres den overdødelighed af somatisk sygdom, som vi ser hos mennesker med psykiatrisk sygdom.

Sygehusets læger kan sammen med patienten booke videokonsultation eller videokonference med egen læge, imens patienten er indlagt.

6. Faglig samarbejdsstruktur, Uddannelse og kvalitet

Tættere samarbejde imellem sygehuse og praktiserende læger skabes ved, at praktiserende læger ansætter en praksisansvarlig overlæge på sygehuset. Denne læge er tovholder i samarbejdet mellem praksiskonsulenter og den lægefaglige ledelse. Desuden vil det være fordelagtigt for praksisrelevant uddannelse af kommende speciallæger i almen medicin på hospitalerne at ansætte en uddannelsesansvarlig almen medicinsk overlæge⁸.

Praksiskonsulentordningen (PKO) er afgørende for, at sektorsamarbejdet kan fungere og bliver gentænkt og reorganiseret. Den generiske model er inspireret af den model, man nu har i Region Nordjylland⁹. PKO er ansat i KAP-enheden, der henter sin økonomi fra flere kilder. PKO er dermed ikke ansat under almen praksis eller sygehuset og kan altså ikke afskediges, hvis de ikke gør, som almen praksis eller sygehuset ønsker. KAP-enheden har en bestyrelse bestående af både region, kommuner, sygehusrepræsentanter, PLO, DSAM og den praksisansvarlige overlæge. Konstellationen fordrer, at der skal findes gode løsninger i fællesskab.

Tværsektorielle læringsfællesskaber og auditforløb

Praktiserende læger og sygehuslæger holder fortsat fyraftensmøder. Det støtter både uddannelse og forståelse. Tidligere tiders envejskommunikation erstattes af en dagsorden, der omhandler patientens forløb i begge sektorer. Man kan fx have en tværsektoriel "tænk klogt"-gennemgang. Gennemgå alt det, vi allerede gør, og ændre forløb derefter.

Kvalitetsdata og det fælles ansvar

I klyngerne ser man på den samlede kvalitet af behandlingen i almen praksis og på hospitalet - for at blive bedre i fællesskab. Det kan ske i regi af lægernes kvalitetsklynger eller i regi af sundhedsklynger, sundhedsråd eller andre nye lokale strukturer.

Fokuserede ophold i almen praksis for speciallæger i hoveduddannelse i andre specialer

For at skabe grobund for et godt samarbejde mellem sektorer indføres der "fokuserede ophold i almen praksis" for speciallæger i hoveduddannelse i andre specialer. Det skaber grobund for godt samarbejde og god kommunikation, fordi man kender hinandens arbejdsvilkår og faglighed.

Det er fx hoveduddannelseslægen i pædiatri, der kommer i almen praksis et par uger og ser børn i en almen praksis-setting. De fokuserede ophold indføres i forbindelse med, at alle specialer skal skrive nye målbeskrivelser og gælder specialerne akutmedicin, psykiatri, børne-ungdomspsykiatri, pædiatri, de internmedicinske specialer, gynækologi, ortopædkirurgi, neurologi, urologi, kirurgi, oto-rhino-laryngologi og dermatologi.

¹ Nature Digital Medicine 2025, 8(1).10.1038/s41746-025-01570-w
<https://dx.doi.org/10.1038/s41746-025-01570-w>

² <https://sundhedstilbud.kk.dk/nyhedsartikler/invitation-til-tvaersektorielt-samarbejde/>

³ Kys frøen <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/projects/kys-fr%C3%B8en-n%C3%A5r-specialer-m%C3%B8des>

⁴ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/digitale-loesninger/et-samlet-patientoverblik>

⁵ <https://www.fagperson.sundhed.rm.dk/til-ansatte-og-samarbejdspartnere/telemedicin/projekter-og-indsatser/samblik/>

⁶ <https://esbjerggrindstedsygehus.dk/fagpersoner/nyheder/nyheder-for-fagfolk-2023/november-2023/den-mobile-akutmodtagelse>

⁷ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/subakut/subakut-daghospital/>

⁸ <https://ugeskriftet.dk/nyhed/ny-uddannelsesansvarlig-overlaege-i-almen-medicin-hvis-laegerne-bliver-behandlet-darligt-skal>

⁹ <https://rn.dk/Til-sundhedsfaglige/Sundhed/Nord-KAP>