

KERNEOPGAVERNE I ALMEN PRAKSIS - OG OPGAVERNE DER KAN KLARES ANDRE STEDER

Ifølge sundhedsreform aftalen 2024 skal det almenmedicinske tilbud afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov og levere mere ensartet, høj kvalitet. Fremtidige opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud skal derfor fastlægges nationalt. Flere opgaver skal løses tæt på borgeren, og specielt skal almen praksis løse flere opgaver end i dag. Som konsekvens heraf skal antallet af praktiserende læger øges til 5.000 om ti år.

DSAM hilser en national opgavebeskrivelse velkommen og vil gerne bidrage. Almen praksis har i dag 40 mio. årlige kontakter at gøre godt med. Vi er allerede i en situation, hvor det ikke slår til i forhold til de relevante behov, som vi møder hos vores patienter. Derfor bør en øgning af vores kapacitet kun gå til patienter, der har et almenmedicinsk behandlingsbehov.

Der vil opstå behov for flere tider pga. den ændrede demografi, nye behandlingsmuligheder, udbredt mistrivsel og øgede patientforventninger. Der vil utvivlsomt fortsat ske en udflytning af opgaver fra sygehusene, men i fremtiden bør det foregå planlagt og velovervejet. Der bliver brug for, at sektorerne samarbejder på en helt ny måde. Sektorerne skal populært sagt "flytte viden fremfor at flytte patienter".

DSAM kan dog også konstatere, at mange andre aktører end de centrale myndigheder gerne vil placere opgaver i almen praksis. Vi kan være bekymrede for, at vores kerneopgaver kan blive fortrængt, hvis vi ikke som fag står vagt omkring dem. Når forventningerne til almen praksis allerede overstiger, hvad 5.000 læger kan honorere, er det vigtigt at beskrive, hvilke opgaver der løses bedre andre steder i sundhedsvæsenet.

Som led i forberedelserne til arbejdet med opgavebeskrivelsen har DSAM's repræsentantskab gennemført en audit for at identificere kerneopgaverne i almen praksis og hvilke opgaver der med fordel kunne løses andre steder. De deltagende repræsentanter blev bedt om at udvælge sig en typisk dag i uge 5. De vurderede på dagen alle lægekontakter, uanset kontaktform, og registrerede, om dette var en almenmedicinsk kerneopgave eller ej, samt angav hvorfor/hvorfor ikke. Personalekontakter blev ikke inddraget.

Auditten gav 400 besvarelser, dvs. 400 unikke læge-patient kontakter. Heraf blev omkring 80% betegnet som almenmedicinske kerneopgaver, mens omkring 20% blev betegnet som ting, der med fordel vil kunne løses andre steder i eller udenfor sundhedsvæsenet. Der er ikke målt på tidsforbrug, konsultationstype eller honorar, men kun på indholdet af dialogen med patienten. Besvarelserne blev håndteret af formandskabet og to medlemmer af bestyrelsen efter kvalitativ metode og sorteret i et antal kategorier.

Efterfølgende er auditten blevet bearbejdet på et repræsentantskabsmøde, hvor kategorierne er blevet diskuteret, prioriteret og suppleret med flere eksempler. Desuden er auditten blevet suppleret med eksempler fra DSAM's holdningspapir "Fremtidens familielæge" (2023) <https://www.dsam.dk/presse-holdninger/holdninger-og-politikker/fremtidens-familielaege>

Endelig er alle eksempler blevet ordnet i nye overordnede kategorier, og der er blevet beskrevet kortfattede løsningsforslag til fremtidig håndtering af ikke-kerneopgaver.

I dette dokument vil vi først beskrive de overordnede kerneopgaver i almen praksis. Derefter beskriver vi de opgaver, som vi vurderer kan løses udenfor almen praksis, og hvordan det vil kunne lade sig gøre.

Vi har tilladt os at tænke både fagligt og visionært. Vi har ikke involveret andre aktører, og vi har ikke ladet os begrænse af forhindringer indenfor lovgivning, faggrænser og økonomi. Dette fordi en sundhedsreform kræver ægte nytænkning.

KERNEOPGAVERNE

Kerneopgaverne er de opgaver, hvor almenmedicinerens faglighed for alvor kommer til sin ret. Egen læge vil oftest være den bedst egnede sundhedsperson til at håndtere disse opgaver. Det er de ting, som vi er uddannet og trænet til at løse i vores speciale, og er derfor også opgaver, der giver mening og arbejdsglæde.

Overordnet kan vi sige, at de almenmedicinske kerneopgaver er karakteriseret ved at fordele en eller flere af følgende fire kompetencer: Patientkendskab, generalistperspektiv, tovholderfunktion og individualisering.

1: Vi kender patienten

- Konsultationer, hvor patienten kender lægen og derfor kan åbne sig om svære problematikker.
- Konsultationer, hvor lægen i sin kommunikation og behandling kan bygge videre på tidligere konsultationer.
- Konsultationer, hvor problemet måske ikke er så stort, men der etableres et trygt rum, så (den sårbare) patient har nemmere ved at komme igen en anden gang.
- Konsultationer, hvor lægens kendskab til patienten giver et overblik, der gør det muligt at finde den optimale behandling.

- Børneundersøgelser og graviditetsundersøgelser og årsstatus. Serielle konsultationer, der giver kendskab til patienten i forskellige livssituationer. For at identificere det unormale, skal man kende det normale.

2: Vi er generalister

- Alle de konsultationer, hvor lægen på baggrund af anamnese, symptomer og objektiv undersøgelse stiller diagnoser baseret på sin almenmedicinske specialistviden og evner til mønstergenkendelse.
- Samtalerne med en patient i krise eller mistrivsel, hvor lægen og patienten sammen finder ud af, hvad der er op og ned, afklarer om der er mistanke om psykisk sygdom, ser på tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked og evt. henviser til behandling andre steder om nødvendigt.
- Basal palliation i konsultationen og i eget hjem.
- Konsultationer med patienter med bekymring for sygdom.
- Gatekeeping. Diagnosticere og behandle det meste, men henvise de få.
- Konsultationer med anvendelse af basal point of care diagnostik.
- Komplekse konsultationer, der kræver samtidig brug af viden og indsigt i forskellige medicinske, psykologiske og sociale forhold.

3: Vi er tovholdere

- Vide hvor i social- og sundhedsvæsenet patienten bedst kan få hjælp/behandling, når vi ikke kan klare det i almen praksis.
- Hjælpe patienten med at finde vej i sundhedsvæsenet.
- Følge op efter (under) ambulantforløb og indlæggelser.
- Samarbejde med hjemmeplejen, plejehjemmet og bostedet.
- Samarbejde med jobcenter. Attester hvor vi gør en forskel.

4: Vi giver mest til dem med størst behov

- Individuel tilgang til patienterne. Bruge ekstra tid på de patienter, der har brug for det.

- Populationsomsorg. Opsporing af sårbare patienter. Fx indkalde patienter med kronisk sygdom til årsstatus, hvis de udebliver.

IKKE KERNE-OPGAVER

Her er samlet en række ting, hvor den praktiserende læge ikke har noget (eller kun meget lidt) lægefagligt at bidrage med, men hvor opgaven alligevel havner hos os.

Disse dækker over 2 slags opgaver:

I mindre omfang: Opgaver, der allerede nu burde løses andre steder, men hvor dårlig tilgængelighed eller uklare arbejdsgange hos de relevante aktører gør, at patienterne opsøger almen praksis i stedet.

I større omfang: Opgaver, der kan løses bedre uden for almen praksis, men hvor der er behov for nye tilbud/aftaler/lovændringer/investeringer og ikke mindst vilje, for at det kan ske.

Det er vigtigt at notere, at DSAM mener, at den frie og uvisiterede adgang til egen læge skal bibeholdes. Almen praksis vil fortsat skulle håndtere de ca. 20% af opgaverne, som egentlig burde løses andre steder, indtil de alternative løsninger er etableret. Opgaverne kan ikke bare afvises, fx ved en strammere forvisitation af patienterne.

Ikke-kerneopgaver kan opdeles i 4 kategorier: Stempelkontor, dysfunktionelle samarbejde, fluebensmedicin og mestring.

1: Stempelkontor

Recepter

Kontakter fra apotek eller patient ved restordre. Kontakter, når patienter er i tvivl om medicinnavne. Kontakter mhp. at patienten kan få dosisdispensering. Dialog omkring receptfornyelser (blister/dåser/farve/antal/størrelse/tilsætningsstoffer/smag/inhalator-type etc.).

Løsning: Indfør generisk ordination med revurderingsdato på fast medicin, så lægen i fremtiden i stedet for handelsnavnet blot skriver navnet på selve lægemiddelstoffet samt struktureret dosis, behandlingsvarighed og indikation. Det er så op til apotek og kunde/patient at vælge den billigste passende pakning på tværs af pakningsstørrelser og pillestyrker eller vælge dosisdispensering.

Dvs.: For det første indføres generisk ordination, så patienten aldrig er i tvivl om medicinens navn. For det andet indføres "datorecept", så egen læge kan ordinere en medicin fx 1 år eller 2 år frem, afhængig af hvornår medicineringen skal revurderes. Der skal selvfølgelig fortsat være en "antalsrecept", hvor der udleveres fx 20 stk. tabletter til behandling af infektion.

Vis restordre på FMK.

Indfør udvidet substitution efter engelsk model ved problemer med restordre: Apoteket har mulighed for at udlevere et analogt lægemiddel med et andet aktivt indholdsstof. Det skal ske efter en tidsbegrænset protokol udarbejdet af myndighederne i det konkrete tilfælde (Serious Shortage Protocol).

Forhindringer: Det kræver, at Lægemiddelstyrelsen prioriterer dette. Aktuelt har man lavet en rapport, som bl.a. siger, at generisk ordination vil koste 180 millioner og derfor ikke skal indføres.

Fysioterapihenvisninger

Patienterne kontakter egen læge mhp. fysioterapi efter selv at have lavet en aftale med fysioterapeuten. Patienterne ses, og deres vurdering er oftest helt korrekt, hvorfor der er tale om en spildt konsultation.

Løsning: Der er allerede lavet et forsøg i Region Sjælland med direkte adgang til fysioterapi, som har vist, at dette er en mulighed.

Årlig fornyelse af henvisning til vederlagsfri fysioterapi, selvom der er tale om en kronisk uhelbredelig lidelse.

Løsning: Lægen laver den første henvisning, og de efterfølgende år revurderer fysioterapeuten selv indikationen.

Sygemeldinger

Kontakter mhp. attest efter få dages sygemelding, fordi arbejdsgiver/skole har mistillid til patienten eller har regelsæt om dette.

Løsning: Man skal ikke kunne rekvirere attest ved sygemelding af kort varighed. Hvis der er mistillid, må arbejdsgiver tage dialogen med sin ansatte. Man kan overveje en tro og love-erklæring.

Sundhedsforsikringer

Henvisninger til undersøgelser og behandlinger, som ikke er dækket af den offentlige sygesikring, men udelukkende bruges af private sundhedsforsikringer fx massage, kiropraktor, psykolog ved stress.

Løsning: Relevante aftaler må indgås med forsikringsselskaberne. Forsikringsselskaberne må selvfølgelig selv vurdere, om de vil tilbyde patienterne ydelser, der ikke er dækket af den offentlig sygesikring. De må blot ikke sende deres kunder til egen læge, for at de kan få ydelsen.

Attestområdet hjælpemidler

Hjælpemiddelattester: Almen praksis bruger meget tid på disse attester, som mere skyldes mistillid til patienten end behovet for et fagligt skøn og dokumentation.

Løsning: Der kan ske en forenkling, så man kan fjerne mange statusattester - bl.a. angående støttestrømper, bleer, kateter.

Attestområdet generelt

Almen praksis bruger generelt megen tid på at besvare attester til jobcentre. Det kan være meningsfuldt, fordi egen læge er den, der kender patienten bedst. Det kan dog også være attester, der som hjælpemiddelattesterne mere rekvireres på baggrund af mistillid og ufleksibel lovgivning. Fx ønskes der ofte rehabiliteringsattester, selvom der for kort tid siden er sendt attestation afsted i form af andre typer attester.

Løsning: Man kan overveje at gentænke hele attestområdet. Der bør ses på, hvornår der egentlig er behov for et fagligt skøn. Det vil kræve en gennemgang af lovgivningen på jobcenterområdet. I Holland er det ikke egen læge, der skriver attester, hvilket kan være en indikator for, at der findes andre muligheder.

2: Samarbejde

Afviste henvisninger

Patienten henvises til sygehuset, men henvisningen afvises. Egen læge har fundet indikation for henvisning, ofte jf. anbefalingerne i Lægehåndbogen og gældende vejledninger. Afdelingen kan så have defineret en anden målgruppe, anbefale henvisning til speciallæge, anbefale at egen læge varetager behandlingen selv eller angive, at man ikke mener, at man har et behandlingstilbud til patienten. Sidst og ikke mindst afvises henvisninger ofte, fordi afdelingen mener, at der mangler oplysninger i henvisningen - lige fra at man har glemt at vedhæfte EKG, til at man skal skrive hele indlæggelsesjournalen på forhånd og lave en lang række forundersøgelser.

Sygehuset giver aldrig selv patienten besked, det skal egen læge gøre.

Samlet pålægges den praktiserende læge en ekstra arbejdsbyrde. Afvisninger fører til, at patienter ikke får et behandlingstilbud, fordi lægen giver op på forhånd. Desuden skaber afvisninger mistillid mellem læge og patient, uden at patientens behandlingsbehov forsvinder.

På grund af manglende aftaler er der ingen kvalitetssikring af disse opgaveflytninger/afvisninger.

Henvises til speciallæge kan ventetiden være halve år (ortopæd) til flere år (psykiater).

Løsning: Henvisninger bør som udgangspunkt ikke afvises. Hvis man ikke mener, at behandlingsbehovet er til stede, kan et ganske kort forløb, fx via telefon eller video, føre til, at patienten føler sig langt bedre behandlet.

Vil man afvise, bør det ikke finde sted uden kontakt til enten egen læge (eller patienten). Denne kontakt kan evt. foregå på telefon eller mail. Man bør undgå at anbefale henvisning til speciallæge, hvis speciallægerne har meget lange ventetider, for der er ingen ventetidsgaranti.

Ved ønske om systematisk opgaveglidning fra en afdeling bør regionen undersøge mulighederne for at skabe en struktureret opgaveglidning med deraf følgende aftaler og kvalitetssikring.

Hvis der mangler en oplysning i henvisningen, kan patienten indkaldes alligevel, og oplysningen indhentes via korrespondance, inden patienten har tid.

Endelig bør der arbejdes med definitionen af målgrupper. Sygehusenes ambulatorier dækker samlet formentlig kun 90% af henvisningerne, fordi de øvrige patienter falder mellem stolene. Hvis patienterne ikke passer i målgruppen, må der ses på hvorfor. En løsning kan være ambulatorier, der tager sig af mere uspecifikke symptomer.

Udskrivning/afslutning fra Akutafdeling uden behandlingsplan

Der er mange kontakter til lægen, fordi patienten er udskrevet fra en oftest få timer lang indlæggelse på hospital uden opfølgning eller plan for udredning. Af og til besked om, at egen læge skal følge op på undersøgelser, som sygehuset har bestilt. Egen læge opfordres ofte til at genhenvise til et ambulatorie. Det sker meget sjældent, at FAM udskriver patienten til opfølgning på et sygehusambulatorium, selvom der er oplagt indikation herfor. Patienten bliver så at sige slået tilbage til start.

Løsning: Læger på FAM bør kunne initiere en ambulant opfølgning på sygehuset, når patienten ikke er færdigbehandlet i akutmodtagelsen. Når det gælder ordinerede undersøgelser, er det altid ordinerende læge, der skal følge op jf. STPS. Disse patienter skal således følges op af lægen i akutmodtagelsen eller i ambulatorie.

Psykiatrien: Afvisning samt afslutning uden behandlingsplan

Psykiatrien afviser flest henvisninger. Patienterne afvises ofte med vejledning om at henvise til privatpraktiserende psykiatere, som har flere års ventetid. Dette efterlader almen praksis som eneste kontaktpunkt for patienter med alvorlig psykisk sygdom, og det giver mange ekstra kontakter i ventetiden, hvor patienten savner afklaring.

Desuden afsluttes et stigende antal patienter fra psykiatrien, uden at de er i stabil behandling og uden behandlingsplan. Patienter, der afsluttes, kan være i behandling med fx injektionspræparater og andre psykofarmaka, som den praktiserende læge ikke har tilstrækkelig faglig viden om.

Løsning: Psykiatrien styrkes, så patienterne rent faktisk kan modtages og vurderes. Der bør være flere praktiserende psykiatere. Patienter afsluttes aldrig uden behandlingsplan. Hvis egen læge ikke kan overtage behandlingen pga. manglende viden, må ansvaret overgå til praktiserende speciallæge i psykiatrien.

Der bør være en dialog om, hvordan almen praksis håndterer de psykiatriske patienter i ventetiden på psykiatrisk vurdering, måske tilbud om støttende samtaler hos personalet?

Bifund/incidentalomer

Patienter, der henvender sig mhp. undersøgelse af bifund efter helbredstjek med MR/ultralyd hos private aktører.

Løsning: Bifund kunne håndteres af den aktør, der har lavet undersøgelsen. Aktøren kan evt. selv henvise til videre radiologi i det offentlige. De private aktører må indgå aftaler med det offentlige om praktikken i dette.

Anmodning om henvisning fra tredjemand

Patienten bliver af en læge et andet sted i sundhedsvæsenet bedt om at kontakte egen læge mhp. henvisning til et tredje sted. Da patienten er lovet henvisning på forhånd, er det en ekstremt vanskelig konsultation, hvis egen læge ikke finder indikation. Desuden ved egen læge ofte ikke, hvordan specialisten kom frem til, at der skulle henvises.

Løsning: Hvis en læge uden for almen praksis finder indikation for en ny henvisning, udfærdiger lægen selv en henvisning. Hvis lægen er i tvivl om, hvorvidt undersøgelsen er indiceret, konfereres med egen læge først enten på telefon eller mail.

Problemer med lægens vidensdeling med sygehuslæge

Epikriser er ofte forsinkede, overfladiske eller overfyldte med irrelevant information og fraser (fra sundhedsplatformen især). Manglende mulighed for kontakt til den relevante hospitalslæge gør det svært at konferere og koordinere komplekse forløb.

Når egen læge har konfereret med en sygehuslæge, er der kun den dokumentation i journalen, som egen læge selv skriver, og dette kan give problemer i klagesager.

Løsning: Epikriser forkortes og forenkles (hvilket allerede er lykket mange steder). Der indføres mulighed for digital korrespondance med (navngivne patientansvarlige) sygehuslæger med svarfrister. Ved hotline-kontakt dokumenterer sygehuslægen kontakten i patientens journal med kopi til egen læge.

Problemer med patientens kontakt til sygehuslæge

Almen praksis bliver ofte kontaktet af patienter, der er i ambulant forløb på sygehuset, og som ønsker kontakt til lægen på sygehuset pga. komplikationer ved behandlingen eller ønsker at forny medicin, der er udskrevet af en læge på sygehuset. Patienten beder egen læge kontakte sygehuset eller skrive recepten.

Løsning: Patienter, der er i forløb på sygehuset, bør være orienteret om, hvordan de kommer i kontakt med deres patientansvarlige læge (eller stedfortræder). Jf. STPS skal den læge, der ordinerer, også skrive recepten, så patienterne skal vide, hvordan de kan forny deres recept, når behandlingen foregår på sygehus. Optimalt indføres der ligesom i min læge-appen en mulighed for at forny medicin og kontakte sygehuslægen på mail, fx via sundhedsappen.

Blodprøveamaraton

Patienten får taget blodprøver med kort mellemrum hos flere forskellige aktører. Egen læge kan ikke se sygehusets blodprøver og omvendt. Hvis egen læge modtager sygehusets blodprøver i indbakken, bliver egen læge også ansvarlig og omvendt, så "kopisvar" er ikke en løsning.

Løsning: Samkør alle blodprøver i et fælles laboratorieskema for at undgå unødige blodprøvetagninger. Systemet kan fungere ligesom FMK, hvor man kan se, hvem der har ordineret. Her skal der blot være tydelig angivelse af rekvirent/behandlingsansvarlig. Det fælles laboratorieoverblik vises i en fane i journalerne, men kun egne ordinerede prøver passerer indbakken.

Overfyldt indbakke

Almen praksis modtager oceaner af irrelevante beskeder og kopisvar og til tider alt for lange notater/epikriser. Til tider giver det tvivl om, hvem der har behandlingsansvaret - og det kan føre til dobbeltarbejde.

Løsning: Reducér unødigt kommunikation i indbakken til godkendelse. Der bør være en kodning fra afsenderen, der sender notater direkte ind i journalen. F.eks. genoptræningsplaner, screeningsvar fra andre aktører (mammografi, lungekræftscreening og osteoporosescreeing), ombookinger, kopisvar, breve til patienten fra sygehuset.

Håndkøbsmedicin i hjemmeplejen

Et stort antal kontakter om småændringer på FMK i forhold til panodil og laxantia.

Løsning: Udvidet virksomhedsområde for sygeplejersker tages i anvendelse på dette område. Ordination af NSAID bør dog ikke initieres pga. fare for patientsikkerheden.

3: Fluebensmedicin/skabelonlægen

Skabelon-kontroller

I den nuværende overenskomsttaftale er omsorgen for patienter med kroniske sygdomme baseret på, at man kontrollerer en kronisk sygdom ad gangen, når dette bør gøres "ifølge kliniske retningslinjer". Det fungerede fint, dengang dette blev indført for år tilbage, men nu har patienterne oftest flere konkurrerende lidelser, der påvirker hinanden, og hvis alvorlighed svinger fra år til år. Det er ikke rationelt at forholde sig til sygdommene enkeltvis, og det giver heller ikke mening, at det er diagnosebestemt, hvornår det kan uddelegeres, og hvornår det er lægeforbeholdt.

Løsning: Hele konceptet for omsorg for patienter med kroniske sygdomme gen-tænkes, og der indføres en årlig overblikskonsultation for patienter med flere samtidige sygdomme. Om en patient kan følges af personale, bør ikke være afhængig af diagnose, men af sværhedsgrad. Multisygdom eller komplikationer bør altid afstedkomme årlig overblikskonsultation hos læge.

Disse løsninger samtænkes med pakkeforløb for kronisk sygdom.

Vanedannende medicin

Et meget højt antal konsultationer går med at se patienter, der skal møde personligt frem hos lægen for mindste pakning af vanedannende medicin. Dette følger af "vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler".

Løsning: Det er vigtigt, at der fortsat er fokus på aftrapning samt at undgå, at patienter bliver afhængige. Der kan imidlertid ændres en del på lovgivningen uden risiko. Fx kan man acceptere, at patienten møder personligt frem hos personale i stedet for lægen. Desuden bør der nuanceres: ADHD-medicin kan udskrives med fremmøde en gang årligt. Når der er lavet aftaler om forbrug hvert halve år, bør apoteket kunne administrere udlevering - se tidligere forslag om datorecept.

Prøvesvar og patientkontrol

En stor del af lægernes tid går med at afgive prøvesvar, fordi lægen uden undtagelse er ansvarlig for, at patienten modtager dette. Desuden bruger lægen tid på at kontrollere, at patienterne møder op på sygehuset, til blodprøver, sender deres hjemmeblodtryk etc. Dette følger af diverse lovgivning, fx "vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser".

Løsning: Det er fortsat vigtigt, at lægen følger op på sårbare patienter, der ikke selv vil opsøge svar m.m. Men med nutidens digitale muligheder er ressourcerige patienter selv i stand til at slå deres prøvesvar op og reagere adækvat på disse. Lægen bør kunne aftale med patienten, at denne selv følger op på sine svar. Ressourcerige patienter kan også selv kontakte lægen, hvis de ikke bliver indkaldt til undersøgelse.

Registrering

Lægerne bruger meget tid på at registrere og lede efter oplysninger.

Løsning: Dødsattester moderniseres, så vi også kan søge på ICPC-koder. UTH, anmeldelse af arbejdsbetinget lidelse og dødsattester integreres i journalsystemet på samme måde som henvisninger, så oplysninger nemt integreres.

Oplysninger og aftaler om CAVE, organdonation, behandlingsniveau og genoplivning samkøres i et system, som alle har adgang til (lægeligt fravalg af genoplivning skal også kunne registreres samme sted).

4: Mestring

Stress og mistrivsel

Håndtering af patienter med psykiske symptomer er en kerneopgave. Mange livskriser eller belastningsreaktioner letter efter nogle få samtaler med egen læge. Det sker dog også, at lægen vurderer, at patienten har brug for mere end det, som lægen kan tilbyde, fx en psykolog eller psykiater. Her støder patienten på hindringer i form af egenbetaling, mangel på tilbud og lange ventetider, hvorfor samtalerne fortsætter hos egen læge, som måske ikke er den bedst egnede til de tunge forløb. Dette inkluderer især arbejdsbetinget stress, mistanke om ADHD, problemer i familien, sorg og tab og håndtering af større kriser.

Løsning: Der bør være bedre adgang til gratis kommunale tilbud til voksne med stress og angst. En anden god løsning kunne være at tillade personalet i almen praksis at yde samtaler til patienterne (aktuelt er dette en lægeforbeholdt ydelse). "In house" samtaler vil sikre kontinuitet i behandlingen og give færre sektorskift.

For patienter, der har mere brug for sociale tiltag end for behandlingsforløb, bør der kunne henvises til brobygger i kommunen, hvor patienten får hjælp til at finde tilbud i civilsamfundet (ældreklubber, væresteder, sorggrupper, samtalegrupper), skole/uddannelse (skolepsykologer, mentorer, pædagoger), arbejde (stresscoaches) og sjælesorg og håndtering af livets kriser (præster, andre).

Børn i mistrivsel

Fortvivlede forældre kontakter egen læge mhp. hjælp, fordi de ikke føler, at der sker nok i kommunen eller for at forsøge at komme udenom PPR og direkte til psykiater. Ofte er der behov for en diagnose mhp. at få en særlig ydelse/fordel.

Løsning: Der kommer angiveligt snart bedre tilbud til børn og unge i mistrivsel. Egen læge bør underrettes om behandling i kommunen, og egen læge bør kunne henvise til det kommunale tilbud og til PPR. Børn bør kunne få hjælp i kommunen uden først at have en diagnose.

Rehabilitering

Det er svært at finde ud af, hvornår patienter passer i de kommunale tilbud og hvilke tilbud, der eksisterer. Mange tilbud kan egen læge slet ikke henvise til pga. lovgivningsmæssige hindringer.

Løsning: Færre begrænsninger og regler for, hvem der kan henvises. Patienten bør kunne henvises til et tilbud i kommunen, uden at det er givet på forhånd, hvad løsningen er. Kommunen individualiserer, vurderer og visiterer, også til fx hjerterehabilitering og lænderygforløb, også gerne uden krav om lægehenvielse.

Udarbejdet af DSAM - april 2025