



IDÉ- OG INSPIRATIONSOPLÆG
FOR SAMARBEJDET MELLE
PLEJECENTRE OG ALMEN PRAKSIS

2011



Idé- og inspirationsoplæg for samarbejdet mellem plejecentre og almen praksis

© Sundhedsstyrelsen, 2011

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Inspiration, ældrepleje, læger, praksisområdet

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 23. maj 2011

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-111-8

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2011

Indhold

1	Introduktion	5
1.1	Baggrund for idéoplægget	5
1.2	Beboere i plejeboliger	5
1.3	Beboernes sundhedstilstand	6
1.4	Idéoplæggets formål og indhold	7
2	Embedslægetilsynet 2008	8
2.1	Konklusioner på temaet 2008	9
3	Samarbejdsaftaler og retningslinjer	10
3.1	Kommunalt-lægelige udvalg	10
3.2	Sundhedsaftaler	10
3.3	Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem plejecentre og almen praksis i kommunen	11
3.4	Konkrete eksempler på samarbejdsaftaler, samt interne retningslinjer og instrukser	11
4	Læger på plejecentrene	14
4.1	Praktiserende læger	14
4.1.1	Fast tilknyttede praktiserende læger	15
4.2	Kommunalt ansatte læger	16
4.3	Kommunale praksiskonsulenter	16
4.3.1	Lokale erfaringer med og ideer til praksiskonsulentens rolle	17
5	Samarbejde om den enkelte beboer	19
5.1	Det daglige samarbejde	19
5.2	Samarbejdet om beboere med svære medicinske problemstillinger	20
5.3	Den proaktive indsats	20
5.4	Samarbejde ved indflytning	22
5.5	Samarbejde efter udskrivning fra sygehus	23
5.6	Samarbejde med sygehusene	24
5.6.1	Udgående enheder og følge hjem-ordninger	24
6	Delegation og kompetenceudvikling	26
6.1	Delegation af lægeforbeholdte opgaver	26
6.1.1	Sundhedsstyrelsens vejledning om benyttelse af medhjælp	26
6.2	Delegation internt i kommunen	27
6.3	Brug af hjemmesygeplejersker	27
6.4	Kompetenceudvikling	28

7	Elektronisk kommunikation	30
7.1	Fordele ved e-kommunikation	30
7.2	Begrænsninger ved e-kommunikation	31
7.3	Aftaler om e-kommunikation	32
8	Eksempler	33
	Eksempel 1: Guidelines for kommunikation og samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsafdelingen og praktiserende læger i Frederiksberg Kommune - revideret i 2010	33
	Eksempel 2: Uddrag fra "Retningslinjer for tilkald af læge" - Lolland Kommune, 2010	35
	Eksempel 3: Retningslinjer vedrørende Marevanbehandling og urindyrkning – Gødvad Plejecenter i Silkeborg, 2010	36
	Eksempel 4: Delegering af opgaver – Ældreservice, Odder Kommune, 2009	37
	Eksempel 5: Delegeringsskema, procedure for medicindispensering til kendt og stabil borger - Odder Ældreservice, 2010.	42
	Eksempel 6: Uddrag fra kompetenceskema - Odder Ældreservice, 2010	44
9	Bilag	45
9.1	Bilag 1: Uddrag fra informationsskrivelse om embedslægetilsynets anbefalinger vedrørende indhentning af oplysninger, dokumentation m.m. - KL, 2010	45
9.2	Bilag 2: Forslag til funktionsbeskrivelse fra "Vejledning til oprettelse af funktionen: Kommune-praksiskonsulent - Region Midtjylland"	46

1 Introduktion

1.1 Baggrund for idéoplægget

I november 2006 fremsatte Dansk Folkeparti et forslag til folketingsbeslutning om at tilknytte faste praktiserende læger til alle plejehjem. I behandlingen af beslutningsforslaget bekendtgjorde den daværende sundhedsminister, at regeringen ikke kunne tilslutte sig forslaget blandt andet med den begrundelse, at regeringen tillagde det afgørende vægt at opretholde plejhjemsbeboeres ret til frit at vælge en praktiserende læge.

Regeringen var dog enig med forslagsstillerne i, at der er et behov for at styrke samarbejdet mellem plejehjem¹ og læger i både almen praksis og sygehusvæsenet, og at der skulle tages et nationalt initiativ på området. Det blev derfor besluttet at udarbejde et idéoplæg vedrørende samarbejdet, hvilket også fremgår af kvalitetsreformen fra august 2007. Ministeren anmodede efterfølgende Sundhedsstyrelsen om at varetage udarbejdelsen af idéoplægget.

1.2 Beboere i plejeboliger

Et meget grundlæggende princip i den danske ældreomsorg er, at det skal tilstræbes, at den ældre bevarer sin autonomi og selvstændighed længst muligt. Et af hovedmålene med ældreboligreformen i 1987 og plejeboligreformen i 1996 var således at sikre en udfasning af utidssvarende plejhjemsboliger og beskyttede boliger (servicelovens § 192) til fordel for moderne ældre- og plejeboliger, hvor beboeren skal have en huslejekontrakt og kan få boligydelse i lighed med andre ældre i lejeboliger.

Grundtanken med ændringerne var, at det ikke længere skulle være boligformen, der var afgørende for tilbud om pleje til den enkelte ældre eller handicappede borger. Det skulle derimod være den enkeltes behov. Plejen skulle følge borgeren, og ikke boligen. Den enkeltes behov kunne bedre tilgodeses ved en tilværelse i egen selvstændig bolig end ved ophold på en egentlig institution (sygehus, plejehjem m.v.).

Der er derfor siden 1987 sket en markant ændring i fordelingen mellem på den ene side plejeboliger efter almenboligloven og på den anden side plejhjemsboliger og beskyttede boliger efter servicelovens § 192. I 2010 var der godt 10.565 plejhjemsboliger og beskyttede boliger efter servicelovens § 192, mens bestanden af plejeboliger var vokset til at udgøre godt 39.400 boliger.

Beboere i plejeboliger bliver visiteret til de ydelser, de modtager. De betaler selv for de enkelte måltider, ekstra rengøring, deltagelse i fritidsaktiviteter m.m. Før den tid fik den ældre, der flyttede på plejehjem, inddraget hele sin pension og fik kun

¹ I folketingsforslaget er betegnelsen "plejehjem" anvendt. I dette ideoplæg anvendes herefter betegnelsen "plejecentre", defineret som en dækkende betegnelse for plejehjem/plejeboligenheder, inklusiv plejecentre med aflastningspladser, akutte pladser, døgnrehabiliteringspladser o.l.

udbetalt lommepenge. Den form for umyndiggørelse skulle med ovennævnte lovændringer ophøre.

Samtidig blev det pålagt, at kommunerne generelt skulle arbejde med at ændre normer og regler, der bar præg af traditionelle institutionsopfattelser og dermed understøtte og bevare den enkelte beboers integritet og værdighed. Ansættelse af plejehjems-læger ophørte, idet beboerne bevarede retten til frit at vælge praktiserende læge fuldstændigt som den øvrige del af befolkningen. På samme måde fik beboere i plejeboliger ret til andre ydelser fra praksissektoren, som fx fysioterapi, speciallægehjælp m.m., på lige fod med andre borgere.

De grundlæggende værdier - som reformerne var et udtryk for - er stort set implementeret i dag.

Se endvidere vejledningen vedrørende patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger.²

1.3 Beboernes sundhedstilstand

Kun omkring 5 % af alle borgere over 65 år bor i plejeboliger, dog stigende med alderen således at det er omkring en tredjedel af borgere over 90 år.³

Almindelig svækkelse på grund af alderen er sjældent alene årsag til, at en borger har behov for at bo i en plejebolig. Derimod har størstedelen af beboerne en eller flere kroniske sygdomme.

En stadig større andel af beboerne i plejeboliger er demente. Det vides ikke med sikkerhed hvor mange, men der angives tal fra 50 til 80 %.⁴ Derudover har mange af beboerne andre kroniske sygdomme som fx hjerte-kar sygdomme, KOL, gigt-sygdomme m.m., som kræver behandling (medicinering), observation og træning.

Mange beboere er således i behandling for flere forskellige sygdomme og har ofte disse sygdomme i en svær fase. Der er derfor behov for en proaktiv indsats, som involverer et tæt samarbejde mellem almen praksis, beboeren/pårørende og personalet ansat ved plejecentrene, i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen for at kunne forebygge forværring og undgå forløb med mange u hensigtsmæssige indlæggelser m.m.

Endelig er der indenfor de senere år sket en opgaveglidning fra sygehusene, således at patienter med følger efter alvorlige sygdomme og/eller i terminale forløb i forbindelse med en kræftsygdom i stigende grad udskrives til fortsat behandling og pleje i hjemmet eller i en plejebolig, så snart der ikke længere er behov for sygehusets lægelige behandling. Disse patienter har ofte svære medicinske problemstillinger, som kræver en række kompetencer hos personalet i plejecentrene.

² Vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, nr. 10409 af 20/12/2007, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

³ Danmarks Statistik

⁴ Danmarks Statistik

1.4 Idéoplæggets formål og indhold

I overensstemmelse med de ovenfor nævnte reformers værdier og beboernes komplekse sygdomsrelaterede behov er det idéoplæggets formål at formidle:

- de eksisterende kliniske og organisatoriske muligheder og redskaber, der er designet til at understøtte samarbejdet.
- forslag og ideer til, hvordan samarbejdet kan forbedres med udgangspunkt i lokale erfaringer og eksempler på et velfungerende samarbejde.

Formålet med idéoplægget er således, at eksemplerne, sammen med forslag og ideer til samarbejdet, kan tjene som inspiration for andre i udviklingen af det lokale samarbejde mellem plejecentre og almen praksis. De udvalgte eksempler, som dette idéoplæg blandt andet refererer til, er vurderet som gode lokale løsninger, dels der hvor de fungerer, og dels af den arbejdsgruppe, som Sundhedsstyrelsen har nedsat i forbindelse med idéoplæggets udarbejdelse.⁵ Arbejdsgruppemedlemmerne har indhentet eksempler enten via spørgeskemaundersøgelser og netværk eller erfaringer fra egen kommune eller lægepraksis.

Indholdet af idéoplæggets eksempler, ideer og forslag har fokus på to overordnede hovedområder:

1. Samarbejde og kommunikation mellem personalet på plejecentre og i almen praksis i forhold til den enkelte beboer.
2. Personalets muligheder for at få generel sundhedsfaglig rådgivning om sundhedsfaglige problemstillinger, der er hyppigt forekommende, og som berører flere beboere.

Under disse to overordnede områder er indholdet opdelt i en række underordnede temaer, som er vurderet at være relevante for idéoplæggets formål. Eksempler, ideer og forslag indgår under beskrivelsen af disse temaer. Nogle af eksemplerne er beskrevet kort med en henvisning til kapitel 8, hvor de kan læses i deres fulde længde. Relevante vejledninger m.m. er ligeledes refereret med henvisning til bilaget i kapitel 9.

⁵ Dansk Selskab for Almen Medicin, Danske Regioner, KL, Ældre Sagen, Dansk Sygepleje Selskab, Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Primærområdet, Embedslægerne samt Sundhedsstyrelsens enheder Det Borgernære Sundhedsvæsen samt Tilsyn og Patientsikkerhed

2 Embedslægetilsynet 2008

Sundhedsstyrelsen fører årligt tilsyn med de sundhedsmæssige forhold i plejecentre.⁶ Tilsynene foretages af de regionale embedslægeinstitutioner med henblik på at forbedre den sundhedsmæssige indsats for plejecentrenes beboere. Hvert år gennemfører Sundhedsstyrelsen et tema, som skal skabe opmærksomhed på et område, der kan udgøre en patientsikkerhedsrisiko. I 2008 var ”samarbejdet mellem plejecentre og praktiserende læger” temaet for embedslægernes plejehjemstilsyn. I forbindelse med tidligere tilsynsbesøg havde embedslægernes generelle indtryk været, at personalet ofte ikke havde tilstrækkelig indsigt i beboernes sygdomme samt lægens ordinationer og behandling, hvilket havde indvirkning på personalets muligheder for at observere beboernes helbredstilstand. På den baggrund blev det vurderet, at der var et behov for øget opmærksomhed på dette område og for klare aftaler og systematisk udveksling af information mellem plejecentret og lægen.

Tilsynets tema for 2008 skulle således belyse i hvilket omfang, der forelå aftaler med den praktiserende læge, når plejepersonalet varetog opgaver, som den praktiserende læge havde ansvar for at informere og instruere personalet i. Desuden skulle det belyses, om der forelå aftaler om, hvornår plejepersonalet skulle give tilbagemeldinger til den praktiserende læge om observationer af beboerne, herunder ved tvivl om en beboers medicin.

Problemstillinger indenfor temaet blev omsat til følgende målepunkter for embedslægetilsynet:

1. Indhentning af information om beboerens helbred ved indflytning
 - Interne instrukser for, hvornår personalet skal kontakte egen læge/behandlende læge for at indhente helbredsmæssige oplysninger i forbindelse med indflytning
 - Dokumentation af indhentede oplysninger
2. Ansvarsfordeling i forbindelse med kontrol af sygdomme
 - Interne instrukser for, hvornår der skal indgås aftale om opgavefordelingen (delegation) imellem egen læge/behandlende læge og plejecentrene vedrørende kontrol, observation m.v. hos hver enkelt beboer med kroniske sygdomme
 - Dokumentation af indgåede aftaler

⁶ Tilsynene kaldes også ”plejehjemstilsyn”, herunder tilsyn i plejeboligbebyggelser og lignende boliger.

3. Sikring af revision af medicinlister

- Interne instrukser for, hvor ofte og i hvilke situationer personalet skal tage kontakt til egen læge med henblik på revision af medicinliste
- Dokumentation af, hvornår den praktiserende læge har foretaget revision af medicinlisten

2.1 Konklusioner på temaet 2008

Sundhedsstyrelsen og embedslægerne udarbejdede efterfølgende tilsynsrapporten for 2008, hvoraf følgende konklusioner på temaets målinger fremgår:

Mindre end halvdelen af plejecentrene havde instrukser for, hvornår der med beboernes tilladelse skulle indhentes oplysninger om beboernes eventuelle sygdomme ved indflytningen. 27 % af plejecentrene havde dokumenteret i de sygeplejefaglige optegnelser, at der var indhentet oplysninger fra beboernes praktiserende læge ved indflytningen.

Selvom 80 % af plejecentrene havde instruks for, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med beboernes kroniske sygdomme, fremgik det kun i mindre end halvdelen af plejecentrene, hvornår der skulle indgås aftaler med almen praksis om kontrol og behandling af beboernes kroniske sygdomme, og kun 32 % af plejecentrene havde dokumenteret sådanne aftaler i de sygeplejefaglige optegnelser.

Halvdelen af plejecentrene havde instrukser for, hvornår der skulle tages kontakt til egen læge om revision af medicinlisten. 38 % af plejecentrene havde dokumenteret, hvornår beboernes praktiserende læge havde foretaget revision af medicinlisten.

Endvidere var tilsynsrapportens generelle anbefaling, at kommunerne som en lokal opgave skulle tage skridt til at forbedre samarbejdet med almen praksis, fx ved at indgå konkrete aftaler med de praktiserende læger om samarbejdets organisering.

Temaet resulterede efterfølgende i, at en række plejecentre landet over blev anbefalet at forbedre den sundhedsfaglige dokumentation og et øget samarbejde med de praktiserende læger i forhold til indhentning af lægeoplysninger om beboernes helbredssituation.

Embedslægerens anbefalinger har efterfølgende givet anledning til en del debat, og KL tog derfor, sammen med Praktiserende Lægers Organisation og Sundhedsstyrelsen, initiativ til en informationsskrivelse til plejecentre og praktiserende læger om indhentning af oplysninger, dokumentation med mere.⁷ Uddrag af informationsskrivelsen kan ses i kapitel 9, bilag 1.

⁷ Notat: *Lægeoplysninger om beboere på plejecentre*, KL, marts 2010.

3 Samarbejdsaftaler og retningslinjer

Mange plejecentre samarbejder med mange almen praksis, og omvendt samarbejder mange almen praksis med flere plejecentre eventuelt beliggende i flere kommuner. Der er derfor behov for formaliserede samarbejdsstrukturer mellem almen praksis og personalet i plejecentret. De overordnede rammer kan fastlægges dels i Landsoverenskomsten for almen lægegerning og dels i sundhedsaftalerne, mens mere lokale aftaler kan fastlægges mellem kommunen og de praktiserende læger i kommunen.

Den gældende overenskomst indeholder meget få konkrete aftaler om samarbejdet mellem almen praksis og personalet i plejeboliger/hjemmeplejen, og der er ikke aftalt konkrete samarbejdsydelse.

3.1 Kommunalt-lægelige udvalg

Ifølge den nye overenskomst for almen lægegerning (2011) skal der i alle kommuner etableres kommunalt-lægelige udvalg bestående af lokalt praktiserende læger og repræsentanter for kommunen. Udpegning af læger til udvalget vil typisk kunne ske via det kommunale lægelaug.⁸

Det kommunalt lægelige udvalg behandler emner af fælles interesse med henblik på at styrke samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunen.

Relevante emner i forhold til beboere i plejeboliger, som de kommunalt-lægelige udvalg kan behandle, er fx samarbejdet om ældre medicinske patienter/demente, kronikerindsatsen, det palliative arbejde samt polyfarmacipatienter og medicin-håndtering, ligesom det kan være relevant at drøfte praksiskonsulenternes rolle i forhold til plejecentrene.

Udvalget kan udarbejde vejledende retningslinjer for den fremtidige procedure inden for relevante samarbejdsområder med henblik på at sikre, at indsatsen over for den enkelte borger optimeres.

3.2 Sundhedsaftaler

I sundhedslovens § 205 er det fastlagt, at kommuner og regioner mindst én gang i hver valgperiode skal udarbejde en sundhedsaftale, som skal medvirke til at sikre samarbejdet og kommunikationen for de patientforløb, som går på tværs af region (sygehus og almen praksis) og kommune.

Almen praksis er ikke en direkte aftalepart i de konkrete sundhedsaftaler, men er medlem af sundhedskoordinationsudvalget, som har det overordnede ansvar for udarbejdelse af den generelle aftale i regionen. Derudover deltager repræsentanter for almen praksis i en række af de arbejdsgrupper, som er med til at udarbejde og følge op på aftalerne.

⁸ En forening af praktiserende læger i en kommune

Sundhedsaftalen omfatter som minimum seks obligatoriske indsatsområder, hvor især indsatsområdet om indlæggelse og udskrivning er meget relevant for samarbejdet omkring beboere i plejeboliger. Her skal regionen og kommunen aftale samarbejdet mellem sygehuset og kommunen (herunder personalet på plejecentrene) i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, ligesom de skal beskrive samarbejdet mellem almen praksis og kommunen med henblik på at undgå u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

Et andet relevant indsatsområde er opfølgning på de utilsigtede hændelser, som sker i overgangene mellem sektorerne, og som indberettes til patientsikkerhedsdatabase. I sundhedsaftalerne skal regionen og kommunen aftale, hvordan denne opfølgning skal ske, og hvordan man vil sikre læring af de indberettede sager. Utilsigtede hændelser vil også kunne forekomme i samarbejdet mellem almen praksis og plejecentrene, hvor der vil være behov for relevant opfølgning og læring.

I regi af sundhedsaftalerne har regioner og kommuner nedsat en række dialogfora/samordningsfora, hvor man drøfter konkrete problemstillinger i forhold til samarbejdet mellem de forskellige aktører på området. I disse dialogfora er der normalt repræsentanter for både sygehusene, kommunerne og almen praksis, og man drøfter dels effekten af konkrete aftaler og dels forslag til nye.

3.3 Indgåelse af samarbejdsaftaler mellem plejecentre og almen praksis i kommunen

Hvis man i sundhedsaftalerne laver aftaler om konkrete indsatser, som almen praksis skal levere ud over Landsoverenskomsten, så kan det være nødvendigt, at der efterfølgende udarbejdes særlige aftaler om dette. Disse aftaler vil enten omfatte hele regionen eller en kommune, samt almen praksis deri.⁹

Aftaler mellem en kommune og de praktiserende læger skal drøftes i de kommunalt lægelige udvalg. Hvis der i udvalget er enighed om udkastet, kan aftalen sendes til det regionale samarbejdsudvalg eller praksisudvalget mhp formalisering af aftalen jf. landsoverenskomst for almen lægegerning (2011).

Det kan anbefales, at den kommunalt ansatte praksiskonsulent er tæt inddraget i processen, både i forbindelse med udformningen af selve aftalen og ved den efterfølgende informering af kommunens læger.

3.4 Konkrete eksempler på samarbejdsaftaler, samt interne retningslinjer og instrukser

I Frederiksberg Kommune har man udarbejdet samarbejdsaftalen ”Guidelines for kommunikation og samarbejde mellem sundheds- og omsorgsafdelingen og praktiserende læger i Frederiksberg Kommune”. Samarbejdsaftalen indeholder såkaldte guidelines som skal optimere den daglige kommunikation mellem plejecentrene, hjemmesygeplejen, hjemmeplejen og de praktiserende læger med henblik på et forbedret samarbejde og sikring af god pleje, omsorg og behandling for borgerne.

⁹ Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (2009), <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=127154>; Bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=125826>

Aftalen har været anvendt i kommunen siden 2005 og vurderes at være velfungerende. Af aftalen, som er revideret i 2010, fremgår det, at der er indgået aftaler indenfor følgende områder:

1. *Generel kommunikation og samarbejde:*
 - *Hvem der i plejen kan rette henvendelse til den praktiserende læge, og i hvilke situationer der kan rettes henvendelse.*
2. *Medicin:*
 - *Forventninger til, hvorledes anmodning om receptfornyelse kan foregå, hvorledes nye ordinationer og ændringer af ordinationer bør meddeles sundhedspersonalet i plejeboligerne, samt skriftlig tilbagemelding.*
3. *Sygebesøg:*
 - *Aftaler for vurdering af behovet for sygebesøg, herunder aftaler for forebyggelseskonsultation.*
4. *Akutte henvendelser:*
 - *Lokale aftaler vedrørende fx brug af særlige telefonnumre.*
5. *Dokumentation:*
 - *Hvorledes det i videst muligt omfang aftales og dokumenteres, hvilke aftaler og delegeringer, der er indgået mellem personalet og den praktiserende læge. Tillige aftaler for dokumentationspraksis.*
6. *Implementering af guidelines for kommunikation og samarbejde:*
 - *Aftaler for implementering og formidling samt opdatering af guidelines.*

Hele samarbejdsaftalen kan ses i kapitel 8, eksempel 1.

Frederiksberg Kommune foreslår endvidere fælles temaeftermiddage for almen praksis og kommunens sundhedsfaglige personale, hvor der fokuseres på aktuelle temaer.

Lolland kommune har udarbejdet interne retningslinjer for plejecenterpersonalets tilkald af læge, når der er behov i forbindelse med akut opstået sygdom, ulykkestilfælde, kroniske sygdomme og døende borgere. Retningslinjerne indeholder beskrivelse af en fremgangsmåde, hvorpå sundhedsmedarbejderen kan have relevante oplysninger vedrørende borgerens sygdom og observationer klar ved telefonisk kontakt til andre sundhedspersoner og faggrupper.

Uddrag fra retningslinjerne kan ses i kapitel 8, eksempel 2.

Et plejecenter i Silkeborg¹⁰ har udarbejdet retningslinjer/instrukser for arbejdsgange og procedurer ved kontrol og observationer af beboerne (eksempelvis vedrørende marevanbehandling og blodprøvetagning (INR)) for at forhindre, at der sker fejl i forbindelse med de mange delopgaver i arbejdsgangene. Retningslinjerne beskriver hvem der gør hvad og hvornår.

Se retningslinjerne i kapitel 8, eksempel 3.

¹⁰ Gødvad Plejecenter i Silkeborg

4 Læger på plejecentrene

På plejecentrene er der forskellige typer af lægeopgaver.

Den medicinske behandling af den enkelte beboer er den vigtigste lægeopgave på plejecentrene og varetages som udgangspunkt af den praktiserende læge, men også praktiserende speciallæger og sygehuslæger kan være involveret. Den praktiserende læge er tovholder i patientforløbet og har derfor en vigtig opgave med at sikre samarbejdet og kommunikationen med personalet på plejecentrene.

Derudover kan plejecentrene have behov for lægelig rådgivning i forhold til mere generelle sundhedsfaglige problemstillinger, som vedrører flere eller alle beboere i plejecentret, ligesom der kan være behov for, at en læge håndterer konkrete situationer som fx udbrud af smitsomme sygdomme. I disse tilfælde vil det normalt ikke være den praktiserende læge, som personalet kan trække på, da den type af opgaver ikke er omfattet af Landsoverenskomsten. I stedet vil det være en læge ansat af kommunen, og i særlige tilfælde embedslægerne.

4.1 Praktiserende læger

Den praktiserende læge varetager den konkrete behandling af den enkelte beboer i plejecentret. Ofte vil lægen være den sundhedsperson, som har kendt beboeren, dengang vedkommende var rask, ligesom lægen ofte har et indgående kendskab til beboerens sygehistorie og familieforhold. Det giver en stor fordel ved den fortsatte behandling af beboeren.

Beboere i plejeboliger har lige som alle andre borgere i Danmark ret til frit at vælge deres egen praktiserende læge/almen praksis, og kan således beholde den samme læge/praksis ved flytning til et plejecenter, hvis de måtte ønske det. I nogle tilfælde flytter beboeren dog så langt væk, at det er nødvendigt at skifte læge/praksis i forbindelse med indflytningen, ligesom nogle beboere vælger at skifte til en læge/praksis, som i forvejen har patienter på plejecentret.

I forhold til beboere på plejecentre skal den praktiserende læge ikke alene samarbejde med beboeren og dennes pårørende, men også med personalet på plejecentret, som varetager en del af beboerens behandling. Hvis lægen har patienter på mange forskellige plejecentre, vil det ofte være svært at opnå kendskab til personalets kompetencer m.m.

Nogle praktiserende læger har taget højde herfor ved eksempelvis at komme med faste mellemrum på de enkelte plejecentre. Det kræver dog, at lægen har flere patienter i det samme plejecenter, men det giver nogle fordele i forhold til både tilgængelighed og samarbejdet med personalet.

Mange beboere vil være tilmeldt et lægehus med flere læger, og alle lægerne vil således kunne varetage behandlingen af beboeren.

Et lægehus med fire læger i Holstebro har eksempelvis forsøgt at koncentrere beboerne omkring den enkelte læge ved at opdele området plejecentre mellem lægerne i lægehuset. Den enkelte læge har således ansvaret for beboerne i de tildelte plejecentre. I det pågældende lægecenter følger det med ansvaret, at lægen foreta-

ger et opsøgende hjemmebesøg hos beboeren én gang om året og gennemgår medicin- og laboratorieprøver ca. hvert halve år (hjemme i praksis). Dertil kommer lægen på ordinære sygebesøg efter behov. Ordningen er helt ny, så det vides endnu ikke, hvordan den vil virke.¹¹

4.1.1 Fast tilknyttede praktiserende læger

Nogle plejecentre giver udtryk for, at det hæmmer samarbejdet, hvis plejepersonalet skal forholde sig til mange forskellige praktiserende læger frem for nogle få fast tilknyttede læger. De giver udtryk for, at der således vil være bedre grobund for en velfungerende dialog og et godt samarbejde, hvis det var en kendt læge, som kom på plejecentret.

På OK-hjemmet Lotte på Frederiksberg har man eksempelvis mangeårig erfaring med fast tilknyttede læger. Man har her etableret en frivillig ordning, hvor et flertal af beboerne har valgt at bruge en fast tilknyttet læge og en fast tilknyttet psykiater i stedet for deres tidligere praktiserende læger. Lægerne kommer hver især med to ugers mellemrum på plejehjemmet, hvor de dels tilser de patienter, som er tilknyttet den frivillige ordning, dels har møder med personalet om medicin, behandling og tvivlsspørgsmål fra personalet.

Plejecentret oplever, at lægerne med denne ordning har bedre mulighed for kontinuerligt at følge beboerne, samt at de får et mere indgående kendskab til både det sygdomsmæssige og den pleje/omsorgsmæssige situation i plejecenteret. Det giver et kvalitetsløft i beboernes behandling og medicinering, og uhensigtsmæssige indlæggelser forebygges.

Der er imidlertid visse praktiske og økonomiske udfordringer ved en eventuel udbredelse af en ordning med fasttilknyttede praktiserende læger til plejecentrene:

Nogle beboere kan have et ønske om at fortsætte med den praktiserende læge, som de har haft gennem en årrække, og som kender dem fra dengang, de var raske og aktive. For dem kan der være den ulempe ved ordningen, at de måske vil føle et vist pres til at vælge/skifte til den fast tilknyttede læge.

Hjemmebesøg til alle beboere på plejecentre et fast antal gange om måneden er ressourcekrævende. Udgangspunktet for hjemmebesøg på plejecentrene bør derfor være, ligesom hos andre borgere i eget hjem, at hjemmebesøget vurderes og foretages ud fra et sundhedsfagligt behov hos den enkelte beboer og ikke som en fast rutine.

Åben/lukket tilgang til praktiserende læger gælder også for fast tilknyttede praktiserende læger på plejecentre. Beboerne vil således ikke uden videre kunne vælge den fast tilknyttede læge, hvis vedkommende har lukket for tilgang.

Der vil kunne opstå et rekrutteringsproblem, hvis alle plejecentre skal have fast tilknyttede læger. Der kan være plejecentre, som er mere attraktive end andre, og ligesom almen praksis i yderområder, så vil plejecentre i yderområder sandsynligvis få vanskeligheder ved at rekruttere faste læger. Omvendt vil en læge måske kun kunne blive tilknyttet et fjerntliggende plejecenter – og afstandsproblemet vil således ikke være løst.

¹¹ Lægehuset Sct. Jørgens Gade i Holstebro

4.2 Kommunalt ansatte læger

Kommunerne har læger ansat til at varetage en række lægelige opgaver i kommunen. Disse læger (oftest kaldet kommunallæger og/eller lægekonsulenter) varetager primært opgaver af rådgivende karakter og varetager således ikke egentlige patientrettede behandlingsopgaver fraset særlige opgaver på misbrugsområdet.

I de fleste kommuner har de kommunalt ansatte læger typisk opgaver på børneunge området og i forhold til sygedagpenge- og pensionsager m.m., men der er enkelte eksempler på, at de også kan varetage opgaver i forhold til plejecentre. Det kan dreje sig om rådgivning af personalet i håndteringen af sundhedsmæssige problemstillinger, som ses hyppigt blandt beboere på plejecentrene (fx forebyggelse af urinvejsinfektioner). Derudover kan de rådgive om hygiejniske foranstaltninger og medvirke ved håndteringen af udbrud af smitsomme sygdomme på plejecentrene (eventuelt i samarbejde med embedslægen). Derudover kan de medvirke ved planlægningen af indsatser med henblik på forebyggelse og sundhedsfremme både blandt beboere på plejecentre og blandt andre ældre i kommunen.

En kommunalt ansat læge erstatter således ikke beboerens praktiserende læge, men kan varetage en række opgaver i forhold til de generelle sundhedsmæssige forhold, som de praktiserende læger ikke varetager.

4.3 Kommunale praksiskonsulenter

En praksiskonsulent er en praktiserende læge, som er ansat nogle få timer om ugen/måneden enten på et sygehus eller i en kommune. I større kommuner kan der være flere praksiskonsulenter, der er tilknyttet forskellige forvaltninger.

En kommunal praksiskonsulents funktion er tæt forbundet med sikring af et sammenhængende patientforløb og overdragelse af nye sundhedsopgaver til kommunerne i forbindelse med strukturreformen, herunder sundhedsfremme og forebyggelse.

Den kommunale praksiskonsulent har ofte en bro-byggerfunktion mellem almen praksis i kommunen og de visitatorer, lokalcentre og private leverandører, som udfører opgaver i forhold til målgrupperne for kommunens forskellige afdelinger. Den kommunale praksiskonsulent kan blandt andet være det formidlende led, som eksempelvis informerer de praktiserende læger om de kommunale tilbud til borgerne, herunder tilbud som et eventuelt alternativ til indlæggelse i dag- og nattd.

I forhold til at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet kan den kommunale praksiskonsulent eksempelvis være med til at sikre, at patienternes indlæggelse og udskrivning til hjemmepleje/plejeboliger foregår hensigtsmæssigt. Den kommunale praksiskonsulent kan desuden medvirke til samarbejdet vedrørende det kommunale beredskab (især i aften- og nattevagt), blandt andet hvad angår de praktiserende lægers rolle i forhold til sygeplejerskefunktionen i hjemmepleje/plejeboliger. Se endvidere forslag til funktionsbeskrivelse for en kommunal praksiskonsulent i kapitel 9, bilag 2.

Som led i overenskomstforhandlingerne har KL og PLO aftalt, at der skal foretages et fælles projektarbejde, der har til opgave at indhente information om de lokale praksiskonsulentordninger i kommunerne. Praksiskonsulenter er relativt nye i kommunerne, men har været kendt i mange år i sygehusvæsenet, og der mangler et

samlet overblik over ansættelser af praksiskonsulenter i kommunerne. Oplysningerne fra projektet vil blive bearbejdet til en fælles rapport.

Rapporten skal fremkomme med ideer til de lokale parter til, hvilke emner de kommunale praksiskonsulenter med fordel kan beskæftige sig med. Rapporten skal ligeledes beskrive mulige modeller for lokale praksiskoordinatorfunktioner herunder belyse eventuelle muligheder for opgaveløsning på tværs af regioner og kommuner.

4.3.1 Lokale erfaringer med og ideer til praksiskonsulentens rolle

I de fleste kommuner bliver praksiskonsulenterne oftest brugt til det overordnede samarbejde mellem kommunen og almen praksis, og i mindre grad til de mere konkrete samarbejdsopgaver mellem plejecentrene og almen praksis. En kommune beretter eksempelvis, at den blandt andet samarbejder med praksiskonsulenten om overordnede sundhedsproblematikker, herunder sundhedsfremme samt forebyggende og udviklende initiativer på plejecentrene.

Flere kommuner har desuden givet udtryk for, at praksiskonsulenterne spiller en vigtig rolle i forhold til samarbejdet mellem kommunen og almen praksis, idet de fungerer som et formidlende bindeled. Praksiskonsulenterne er som sådan med til at stimulere samarbejdet.

Eksempelvis sker praksiskonsulenternes formidling af samarbejdet i flere af Region Sjællands kommuner på formaliserede måder, såsom kvartårslige møder med ældrechefen i de kommunalt-lægelige udvalg, månedlige møder med deltagelse af sektorchefer og ledere fra forskellige sektorer, møder med faglige ledere i ældresektoren, samt samarbejds møder med deltagelse af alle relevante interessenter, herunder repræsentanter fra ældrecentre.

I Stevns kommune er der fx etableret et samarbejdsforum for kommunens forvaltninger, den kommunale læge, den kommunale praksiskonsulent samt kommunens praktiserende læger. Formålet med samarbejdet er at sikre:

- koordineret sundheds- og socialfaglig indsats til kommunens borgere,
- drøfte samarbejdsrelaterede social- og sundhedsmæssige opgaver,
- gensidig formidling af ny viden og nye lovgivningsmæssige kommunale tilbud,
- orientering om igangværende sundhedsmæssige og socialfaglige projekter og drøftelse af samarbejdsrelationer i forbindelse med disse projekter med henblik på forankring/implementering.

Den kommunale praksiskonsulent kan endvidere indgå i netværkssamarbejde med sygehuspraksiskonsulenter og praksiskonsulenter indenfor fysioterapi, kiropraktik m.m. med henblik på vidensdeling og gensidig inspiration til nye ideer og opgaveløsning.

I forhold til samarbejdet med de enkelte plejecentre er der indkommet følgende forslag til den kommunale praksiskonsulents rolle:

Det kunne være en idé, at praksiskonsulenten i højere grad er med til at forventningsafstemme mellem almen praksis og plejecentrene, eksempelvis formidling om, hvad almen praksis kan forvente, at plejepersonalet har kompetencer til/fået instrukser i, og hvornår det kan være nødvendigt og/eller relevant for almen praksis at sætte ind med vejledning. Og omvendt kan praksiskonsulenterne formidle til plejecentrene, hvad almen praksis kan rådgive/informere om, og eventuelt hvor der ellers kan indhentes rådgivning i kommunen.

Det kunne endvidere være en idé, at praksiskonsulenterne dels deltager i udarbejdelse af samarbejdsaftaler mellem kommune og almen praksis og dels i udarbejdelse af de plejecenter-instrukser, der handler om samarbejdet med almen praksis og om medicin håndtering. Desuden kunne praksiskonsulenterne også indgå i formidlingen af de konkrete instruksers indhold.

Som det ses af dette idéoplægs eksempler har praksiskonsulenten været involveret i udarbejdelsen af nogle af samarbejdsaftalerne og retningslinjerne.

En kommune har eksempelvis indgået en samarbejdsaftale med kommunens praktiserende læger, som praksiskonsulenten har været med til at udarbejde. Det indgår desuden i samarbejdsaftalens retningslinjer, at praksiskonsulenten har et medansvar for retningslinjernes implementering. Praksiskonsulenten skal således sørge for, at almen praksis i kommunen er orienteret om indholdet i retningslinjerne, at retningslinjerne forelægges det kommunalt-lægelige udvalg og at retningslinjerne opdateres i samarbejde med kommunen.

Desuden har praksiskonsulenter medvirket i udarbejdelse af procedureaftaler vedrørende e-kommunikation mellem kommunen og de praktiserende læger. Og endelig er der et eksempel på en kommune, som kontakter praksiskonsulenten i forbindelse med udarbejdelse af kliniske retningslinjer.

5 Samarbejde om den enkelte beboer

I disse år er der fokus på en styrket indsats overfor personer med kronisk sygdom, især på svage og sårbare personer, herunder den svage ældre medicinske patient, med flere sygdomme, polyfarmaci samt gentagne indlæggelser m.m..

På nationalt plan har Regeringen og Dansk Folkeparti i forbindelse med finansloven for 2010 således aftalt, at Sundhedsstyrelsen skal udarbejde et fagligt oplæg til en national handleplan, der skal bidrage til at øge kvaliteten for medicinske patienter, herunder afdække best practice samt belyse hvordan der kan foretages reduktioner i antallet af genindlæggelser for ældre medicinske patienter og sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af kommuner og regioner.

5.1 Det daglige samarbejde

Personalet på plejecentret handler på vegne af den enkelte beboer og har således adgang til på beboerens vegne (efter samtykke) at kontakte almen praksis med henblik på fx at bestille medicin, få prøvesvar eller aftale konsultationer.

Tilgængeligheden til almen praksis er meget forskellig og i nogle tilfælde må personalet i plejecentrene følge de telefontider m.m., som den enkelte praksis har, ligesom de må vente i kø samtidig med praksis' øvrige patienter. I andre almen praksis kan plejepersonalet kontakte almen praksis hele dagtiden, og det øvrige praksispersonale varetager ofte en stor del af kontakten til plejecentrets personale.

Et plejecenter i Hornslet¹² beskriver således et velfungerende samarbejde med det lokale lægehus, idet der i lægehuset er ansat sygeplejersker, som man kan komme i kontakt med udenfor telefontiden. Sygeplejerskerne vurderer, om de kan svare på henvendelsen, eller om lægen skal inddrages. Hvis lægen skal inddrages, sørger sygeplejerskerne for kontakt til plejecentret. Enten stilles plejecentret om til lægen, eller lægen ringer tilbage. Det fungerer rigtigt godt og er tidsbesparende.

Praksispersonalet, herunder især sygeplejersker, vil også kunne varetage egentlige konsultationer, herunder også hjemmebesøg, på vegne af den praktiserende læge.

På plejecentrene er der ligeledes forskellige faggrupper, som er involveret omkring beboeren. Oftest vil det være en social- og sundhedshjælper/-assistent, som er kontaktperson for beboeren og derfor naturligt vil varetage kontakten til almen praksis. På plejecentrene er det meget forskelligt, om social- og sundhedshjælperen/-assistenten har sygeplejersker til stede, som de kan rådføre sig med inden henvendelsen. På nogle plejecentre har man mulighed for at kontakte hjemmesygeplejen.

De praktiserende læger beskriver således, at en del henvendelser ville kunne varetages enten af sygeplejersker på plejecentret eller af hjemmesygeplejen, hvorfor der generelt opfordres til, at plejepersonalet trækker på sundhedsfaglige kompetencer i eget system, før almen praksis kontaktes.

¹² Områdecener Rosengården i Hornslet

5.2 Samarbejdet om beboere med svære medicinske problemstillinger

Beboere i plejeboliger er ofte svage ældre med en eller flere samtidige kroniske sygdomme og svære medicinske problemstillinger, og et deraf betinget stort behov for behandling, pleje og rehabilitering. Derudover har de let ved at få akut opståede sygdomme som komplikationer til deres kroniske sygdom(me) og deres generelle svækkelse.

Der er derfor behov for en proaktiv, veltilrettelagt indsats for at sikre en bedre kontrol af deres kroniske sygdomme og medicinske problemstillinger, og dermed at reducere risikoen for akut sygdom, herunder risikoen for u hensigtsmæssige akutte indlæggelser og genindlæggelser. Det kræver et godt og effektivt samarbejde og koordinering af patientforløbet på tværs af kommunen (plejecentret), almen praksis og sygehusene i samarbejde med beboeren og dennes pårørende.

Flere kommuner giver udtryk for, at det bedste samarbejde i forhold til beboere med svære medicinske problemstillinger finder sted, når der allerede tidligt i forløbet indgås aftaler om ansvarsfordeling og datoer for opfølgning, og hvor der er retningslinjer for, hvornår der tages kontakt til egen læge, vagtlæge eller sygehus. Herved sikres sammenhæng i behandling og pleje af beboeren, hvor denne inddrages i forløbet og oplever, at indsatsen koordineres og ydes professionelt med høj kvalitet.

Et plejecenter i Struer Kommune¹³ beskriver, hvordan egen læge i et konkret eksempel kommer på regelmæssige, opfølgende besøg (hver 2.- 3. uge) hos en beboer med et kompliceret sygdomsforløb. Plejecentret oplever dette, som meget givtigt, da personalet ofte føler sig magtesløs i forhold til behandling/undersøgelse af tilstødende problemer hos beboeren. Personalet kan således samle spørgsmål sammen til lægens næste besøg og mange telefonopkald undgås, hvilket sparer både personale og den praktiserende læge for tid.

Det er ligeledes vigtigt, at der samarbejdes på tværs af sektorerne om beboernes medicinering, for mange ældre medicinske patienter får rigtigt meget medicin. Ofte er der ikke et samlet og opdateret overblik over hvilke typer medicin patienten tager, og informationer om patientens aktuelle medicinforbrug er ikke tilgængelig på tværs af sektorerne.¹⁴

5.3 Den proaktive indsats

Flere parter har erfaring med og ønsker om, at egen læge foretager statusbesøg/sundhedsbesøg hos beboere i plejeboliger, hvor der efter en konkret vurdering er behov for det.

Formålet med statusbesøg kan være at optimere indsatsen overfor skrøbelige og sårbare ældre med fokus på den samlede helbredstilstand, brugen af lægemidler samt generel koordination af indsatsen i forhold til de kroniske sygdomme og øvri-

¹³ Plejecentret Solglimt i Hjerm, Struer Kommune

¹⁴ ”Forbedret indsats for medicinske patienter - i hele sundhedsvæsenet”, Danske Regioner og Ældre Sagen, 2010, p. 12.

ge behandlingsmæssige, plejemæssige og rehabiliteringsmæssige planer, der måtte være for beboere i plejecentre.

Et velfungerende eksempel på en lægepraksis, som foretager et årligt sundhedsbesøg beskrives af et plejecenter i Struer Kommune:

En lægepraksis i kommunen¹⁵ planlægger og foretager et årligt sundhedsbesøg. Medicinen gennemgås og problemstillinger drøftes med personalet. Dette har vi haft gode erfaringer med og oplevet et godt samarbejde omkring. Vi har også oplevet, at der var ting, som blev taget op i dette samarbejde, som måske ellers ikke var blevet drøftet eller taget hånd om, hvis den gode dialog og samarbejdet ikke havde været til stede.

Landsoverenskomsten giver mulighed for, at den praktiserende læge kan gennemføre opsøgende hjemmebesøg hos ældre, deriblandt ældre bosat på plejecentre. Formålet med disse hjemmebesøg er ikke akut behandling, men at få foretaget en samlet vurdering af den ældres sundhedstilstand, herunder den ældres ressourcer, funktionsevne, helbred og mentale status med henblik på at forebygge og begrænse eventuelt begyndende sundhedsproblemer. Desuden er formålet med det opsøgende hjemmebesøg at vurdere medicinforbruget med henblik på eventuel revidering samt den ældres eventuelle behandlingsbehov.¹⁶ Medicingennemgang/status for medicin er et vigtigt formål for lægens besøg hos beboeren, idet medicingennemgang kan bidrage til at reducere fejlmedicinering eller overmedicinering, der forårsager unødige indlæggelser og lidelse for den enkelte patient.

I forbindelse med dette idéoplæg har flere parter nævnt eksempler på situationer, hvor der hensigtsmæssigt kan foretages opsøgende hjemmebesøg, eksempelvis ved nyudskrivelser, nylige dødsfald hos partner og/eller som årsstatus hos enkelte beboere med komplicerede forløb.

Kommuner og plejecentre påpeger følgende fordele ved brug af opsøgende hjemmebesøg:

- *Opsøgende hjemmebesøg giver mulighed for at samle relevante parter omkring borgeren - fx pårørende, almen praksis og hjemmeplejen*
- *Opsøgende hjemmebesøg giver mulighed for et bedre samarbejde, god dialog og holistisk lægegering*
- *Ved opsøgende hjemmebesøg er almen praksis en værdifuld sparringspartner for plejehjemspersonalet i forhold til planlægning af gode behandlingsforløb for borgeren*

En praksiskonsulent fremhæver ligeledes fordele ved sådanne besøg blandt andet med hensyn til medicingennemgang, idet almen praksis i nogle tilfælde også mangler oplysninger om, hvilken medicin en patient/beboer er blevet ordineret. Det er således vigtigt, at plejecentre og almen praksis koordinerer informationsudveksling vedrørende medicinordinationer.

¹⁵ Lægerne Kirkebakken I/S i Struer

¹⁶ Landsoverenskomsten for almen praksis, tillægsydelse 2305

De opsøgende hjemmebesøg kan således være et givtigt forum for informationsudveksling vedrørende den enkelte beboer m.m. Flere repræsentanter fra almen praksis og regionerne påpeger dog, at sådanne besøg bør foretages ud fra en konkret vurdering af den enkelte beboers behov, og påpeger endvidere, at de opsøgende hjemmebesøg kræver fast aftale/planlægning.

5.4 Samarbejde ved indflytning

I forbindelse med indflytning på et plejecenter er der behov for etablering af et godt samarbejde mellem beboeren (og eventuelt pårørende), personalet på plejecentret og den almen praksis, som beboeren er tilknyttet, blandt andet med henblik på at planlægge den proaktive indsats overfor beboeren og den løbende opfølgning på beboerens helbredstilstand. I de fleste tilfælde vil det være en fortsættelse af det samarbejde, som der har været mellem hjemmesygeplejen og almen praksis forud for indflytningen. Men hvis beboeren har skiftet læge eller eventuelt kommune i forbindelse med indflytningen, vil der være behov for en egentlig etablering af et samarbejde.

Fra plejecentrenes side er der således ønske om, at den praktiserende læge kommer på et statusbesøg i forbindelse med indflytningen med henblik på etablering af samarbejdet. Et plejecenter udtrykker det således:

Det ville være et kvalitativt gode for alle vores borgere, hvis vi i samarbejdet med egen læge kunne få udarbejdet en gennemgang af borgerens helbreds- og medicinstatus ved ankomsten til en plejebolig.

Det ville for borgeren betyde, at både undersøgelse og diagnostik var opdateret i forhold til den medicinske behandling. Samtidig med, at alle ordinationer var gennemgået af egen læge, så der sammen med borgeren og det tilknyttede plejepersonale var udarbejdet status quo, hvad enten borgeren kom fra hospital eller eget hjem.

Dette ville være en kvalitativ tilvækst for alle parter, dels fordi både borger, egen læge og plejepersonale nu var enige i, hvad der således er aktuel og tidligere undersøgelse, diagnostik og behandling. Borgeren er således gennemgået grundigt ved ankomsten og skal derpå kun tilses ved ændringer eller akut sygdom.

Denne systematiske gennemgang ville hurtigt og effektivt kunne gentages, således at det kun er de data, der er aktuelle for behandling og pleje omsorgen, som findes i borgerens dokumentation.

Dette ville give tilfredshed for egen læge, som således har opdateret journalen og dokumentationen på borgeren. Alle oplysninger til den elektroniske omsorgsjournal ville være i overensstemmelse med borgerens nuværende helbreds – og behandlingsniveau, som plejepersonalet kan anvende.

Dette tiltag ville spare alle parter for forstyrrende telefonopringninger i telefontiden, frustrationer over ikke at kunne komme i kontakt med borgerens læge, samt diverse fax'er med oplysninger, som i øvrigt indeholder personfølsomme data.

Vi ville alle spare tid, som kan anvendes nyttigt andre steder.

Et andet plejecenter foreslår ligeledes besøg af egen læge ved indflytning på plejehjem:

Det ville være rigtigt godt, hvis praktiserende læge foretog et sundhedsbesøg og medicingennemgang, når nye beboere flytter ind. Vores erfaring er, at der ikke altid er overensstemmelse mellem lægens medicinliste og den vi modtager fra sygehus, pårørende eller hjemmeplejen.

Og et tredje plejecenter:

Det ville være en god idé med et hjemmebesøg af den nye beboers læge, blandt andet for at få præciseret retningslinjerne for hvem der gør hvad, at få revideret medicinlisten samt at få en kort beskrivelse af beboerens eventuelle sygdomme.

5.5 Samarbejde efter udskrivning fra sygehus

I en medicinsk teknologivurdering (MTV) fra Sundhedsstyrelsen er et pilotprojekt i Glostrup blevet undersøgt, hvor ældre patienter efter udskrivning fra sygehus fik opfølgende hjemmebesøg.¹⁷ Det opfølgende hjemmebesøg består konkret i, at den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken i kommunen i samarbejde gennemfører et hjemmebesøg hos borgeren ca. fem dage efter patientens udskrivelse. Ved dette besøg sker der fra lægefaglig side en omfattende gennemgang af medicinforbrug og af patientens opfølgings-, behandlings- og plejeplan fra hospitalet. Derudover foretages en sygeplejefaglig vurdering af, om der er behov for at visitere og justere borgerens hjemmehjælp i forhold til personlig pleje og praktisk hjælp. Ved behov er der mulighed for to opfølgende kontakter i henholdsvis tredje og ottende uge efter udskrivelsen.

Den medicinske teknologivurdering pegede på gevinster ved at indføre lignende opfølgende hjemmebesøg for de svageste ældre medicinske patienter efter udskrivning fra sygehus. Gevinsterne sås i form af en reducere i antallet af især kortvarige genindlæggelser på hospitalet, og som følge heraf var der en besparelse på ca. 5.000 kr. pr. patientforløb.

Ordnningen vedrørende opfølgende hjemmebesøg viste ligeledes en forbedring i det koordinerende samarbejde mellem hospital, almen praksis og kommune, herunder en styrkelse af samarbejdsstrukturer mellem almen praksis og hjemmesygeplejen. Størstedelen af de behandlere, der deltog i undersøgelsen, vurderede samarbejdet som godt og ønskede en lignende ordning med opfølgende hjemmebesøg implementeret i det fremtidige samarbejde.

Gevinsten for de svageste ældre medicinske patienter var en oplevelse af et mere sammenhængende og kvalitetsfyldt behandlingsforløb efter udskrivning samtidig med, at patienterne i højere grad undgår akutte genindlæggelser.

Endvidere viste undersøgelsen fra Glostrup, at behandlingen med medicin blev effektueret ved brug af de opfølgende hjemmebesøg, samt at et fokus på en social indsats i forløbet efter udskrivelse gav de ældre borgere et bedre afsæt til at komme videre i tilværelsen. Projektet i Glostrup rettede sig mod borgere i egen bolig, dog ikke i plejebolig.

¹⁷ Sundhedsstyrelsen "Opfølgende hjemmebesøg til efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologi vurdering", september 2007 (MTV).

11 kommuner i landet har efterfølgende implementeret opfølgende hjemmebesøg og bliver fulgt af Dansk Sundhedsinstitut.¹⁸ På baggrund af gode resultater fra Glostrup-projektet har Region Hovedstaden eksempelvis valgt at indføre en ordning med opfølgende hjemmebesøg med hensigt om at udbrede den til hele regionen, dog også afgrænset til at omfatte borgere i egen bolig.

5.6 Samarbejde med sygehusene

Gennem de seneste år er der iværksat mange regionale og lokale initiativer med henblik på at forbedre patientforløbet på det medicinske område. Danske Regioners rapport ”God praksis - i indsatsen for medicinske patienter” beskriver en række eksempler på sådanne initiativer, som har skabt forbedringer for patient og personale i form af mere sammenhængende patientforløb og bedre arbejdsgange. Rapporten beskriver eksempler på initiativer såsom forløbs- og udskrivelseskoordination, oprettelse af akutte eller subakutte tilbud, udgående enheder, ændrede arbejdsgange, kompetenceudvikling m.fl. Disse eksempler på initiativer har været karakteriseret ved en involvering på tværs af sygehusafdelinger, faggrupper og sektorer (sygehus, almen praksis og kommune), hvor det er lykkedes at skabe forandringer til det bedre på området.¹⁹

5.6.1 Udgående enheder og følge hjem-ordninger

Der er flere steder i regionerne etableret udgående teams og følge hjem-ordninger, som har eller kan have relevans for beboere på plejecentre. I Danske Regioners rapport er baggrunden for de udgående teams beskrevet således:

Den medicinske patient indlægges eller genindlægges ofte akut, fordi den praktiserende læge eller vagtlægen vurderer, at der er opstået et akut behov for behandling eller pleje. Det er dog ikke altid tilfældet, at patienten behøver sygehusets akutte og specialiserede beredskab. Erfaringen viser også, at sygehusindlæggelser og specielt gentagne indlæggelser kan tage meget hårdt på særligt de ældre patienter og medføre øget svækkelse og bekymringer. Derfor kan det være en mere hensigtsmæssig løsning, at plejen finder sted i patientens eget hjem og forestås af udgående enheder fra sygehuset, således at en unødigt indlæggelse undgås og genindlæggelse forebygges.

I en følge hjem-ordning følger hospitalspersonale (fx sygeplejersker og ergoterapeuter) patienten til eget hjem på udskrivelsesdagen. I hjemmet gennemgås en række forhold, som har betydning for patientens behandling og funktion i eget hjem. I nogle følge hjem-ordninger mødes hospitalspersonalet med kommunens hjemmepleje i hjemmet. Andre steder er det udelukkende hospitalspersonalet, der gennemgår patientens forhold i hjemmet med kontakt til kommunen efter behov. Ved behov kan hospitalspersonalet således ”følge op” med efterfølgende hjemmebesøg eller opringning.²⁰

Beboere i plejeboliger har ikke været målgruppe for disse initiativer, men i forbindelse med dette idéoplæg har flere parter givet udtryk for, at det vil være oplagt at

¹⁸ Implementering af opfølgende hjemmebesøg, DSI, 2009

¹⁹ God praksis – i indsatsen for medicinske patienter, Danske Regioner, 2. udgave, 2010

²⁰ Afrapportering vedrørende ”følge hjem”, ”følge op” og ”ringe hjem” ordninger, Region Hovedstaden, november 2009

udvide ordningerne med udgående teams til denne målgruppe, hvor risikoen for indlæggelser og genindlæggelser er høj.

Et eksempel på en sådan udvidet ordning er et initiativ på Århus Sygehus, hvor et udgående team (geriatisk-ortopædkirurgisk (GO) team)²¹ tager sig af udskrivelser og opfølgning af ældre medicinske-geriatrike patienter, som er faldet og har pådraget sig et brud. En undersøgelse på baggrund af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) for patienter med hoftebrud har vist, at der er høj dødelighed primært blandt ældre beboere i plejeboliger, som er faldet og har pådraget sig et hoftebrud. På baggrund af denne undersøgelse blev det derfor besluttet at udvide initiativet med GO-teamet til også at omfatte ældre beboere på plejecentre.

Initiativet går ud på, at patienten, på udskrivelsesdagen, besøges af personalet fra GO-teamet:

*De følgende dage tages der blodprøver, patienten kontrolleres for infektion, mobiliseres, sikres væske og ernæring, gang i maven og gives smertestillende. Der gives væske i underhuden eller i åre, med mindre personen drikker tilstrækkeligt ifølge væskeskema og blodprøver. Der gives antibiotika eventuelt i åre hvis nødvendigt, og der gives blodtransfusion ved behov. Alt dette foregår i patients hjem (plejehjemmet). Patienterne er ofte meget svage især i starten. Alle faggrupper i teamet har efterhånden opnået så høje kompetencer, at de kan vurdere, hvad der skal til, når de ser patienten, så det er ikke nødvendigt at sende alle faggrupper i teamet ud hver gang. Patienterne følges i ca. 30 dage af det samme team. Der foretages flest besøg i den første uge, derefter besøg eller telefonisk kontakt efter behov.*²²

Initiativet har vist, at dødeligheden blandt beboere på plejecentre 30 dage efter operationen faldt til standarden fastsat i NIP. Genindlæggelsesfrekvensen faldt ligeledes markant. Århus Sygehus har efterfølgende blandt andet udvidet apopleksiteamet, så det ligner GO-teamet. Ældre apopleksipatienter indlægges således i eget hjem, hvor de passes og trænes.

Andre kommuner nævner ligeledes gode erfaringer med udgående teams fra sygehuse, blandt andet palliative teams og geronto-psykiatriske teams. Og nogle kommuner foreslår, at der oprettes teams vedrørende eksempelvis diabetes, blodtransfusion, kemoterapi m.m. – med fokus på behandling i eget hjem.

²¹ GO-teamet består af en speciallæge (evt. en yngre læge under uddannelse), en sygeplejerske og to fysioterapeuter.

²² *God praksis – i indsatsen for medicinske patienter*, Danske Regioner, 2. udgave, 2010

6 Delegation og kompetenceudvikling

På plejecentrene varetages der mange sundhedsopgaver, som er lægeforbeholdte. Det drejer sig primært om brug af medicin/medicinhåndtering, men også anlæggelse af katetre og nogle undersøgelsesopgaver som måling af blodsukker, m.m. Disse opgaver varetages på delegation fra en læge, enten den praktiserende læge eller sygehuslægen, som har det overordnede ansvar for behandlingen.

Det kræver en række kompetencer i kommunen og på plejecentrene. Der skal derfor være fokus på, at sygeplejersker, sosu-assistenten m.fl. har de tilstrækkelige sundhedsfaglige kompetencer til at tage sig af beboernes komplekse sygdomme. Dette kræver en systematisk og målrettet kompetenceudvikling.

De praktiserende læger giver udtryk for, at der ofte ikke er tilstrækkeligt sundhedsfagligt personale på plejecentrene til at modtage instrukser fra lægen, og som lægen kan kommunikere med vedrørende beboernes sygdomme og symptomer m.m. Plejepersonalet giver omvendt udtryk for, at der ofte sættes for høje forventninger og krav til deres kompetencer, som de ikke altid kan leve op til.

Der er således behov for en forventningsafstemning mellem de behandlingsansvarlige læger og personalet på plejecentrene og en afklaring af, hvilke opgaver som det er realistisk, at plejepersonalet skal kunne varetage. I den forbindelse kan det være hensigtsmæssigt også at inddrage sygeplejefaglige kompetencer fra hjemme-sygeplejen i opgaveløsningen.

6.1 Delegation af lægeforbeholdte opgaver

Et grundlæggende princip i det nuværende sundhedsvæsen er, at opgaver skal løses på det laveste effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Mange af de opgaver, som egentligt er lægeforbeholdte, kan hensigtsmæssigt udføres af andre faggrupper, som fx praksispersonalet eller personalet på et plejecenter, men det overordnede behandlingsansvar er fortsat placeret hos lægen. I disse tilfælde sker der en delegation, hvor lægen delegerer opgaven til en medhjælp.

6.1.1 Sundhedsstyrelsens vejledning om benyttelse af medhjælp

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse²³ og vejledning²⁴ om benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) fra 2009 har til hensigt at understøtte mulighederne for rationelle opgaveflytninger i sundhedsvæsenet og herved medvirke til øget opgaveglidning. Bekendtgørelsen og vejledningen beskriver, hvordan delegation i praksis kan foregå.

Ved enhver form for delegation skal den sundhedsperson, som delegerer opgaven, sikre, at der foreligger instrukser til den, som skal udføre den delegerede opgave, samt i fornødent omfang føre tilsyn med vedkommende. Graden af instruktion og

²³ Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig forbeholdt virksomhed)

²⁴ Vejledning nr. 115 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig forbeholdt virksomhed)

tilsyn afhænger af sundhedspersonalets uddannelse, erfaring og kvalifikationer i forhold til den konkrete opgave.

Ledelsen på plejecentret har et ansvar for, at personalet er instrueret og oplært i at udføre almindelig medicingivning. Hvis der er tale om opgaver udover, hvad personalet har kompetencer til, så skal ledelsen gøre lægen opmærksom herpå. I den forbindelse opfordres der til at benytte ”Vejledningen vedrørende ordination og håndtering af lægemidler”, som gør rede for regler i forbindelse med medicinordination og medicingivning, blandt andet vedrørende ansvar og delegation.²⁵

Kommunen kan derudover, i samarbejde med de praktiserende læger, beslutte hvilke andre opgaver, det kan være hensigtsmæssigt, at plejepersonalet varetager. Efterfølgende vil det så være op til plejecentrets ledere at sikre den fornødne uddannelse og oplæring.

6.2 Delegation internt i kommunen

Mange steder bliver løsningen på manglen på sundhedsfagligt personale, at arbejdsopgaver delegeres (overdrages) fra en faggruppe til en anden, eksempelvis fra sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter og eller social- og sundhedshjælpere. Flere kommuner har udarbejdet retningslinjer for, hvornår og hvordan en sygeplejeopgave kan uddelegeres til fx social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

I eksempel 4 i kapitel 8 findes en kommunes retningslinjer for delegering af opgaver, inklusiv de forskellige faggruppers ansvars- og kompetenceområder.

Som det fremgår af eksemplet har kommunen valgt at udarbejde delegeringsskemaer, ca. 20 forskellige for de mest relevante arbejdsområder. Den person, som delegerer, skal blandt andet undervise den person, som har fået delegeret en opgave efter de fastsatte retningslinjer som beskrevet i delegeringsskemaet, det vil sige gennemgå årsagen til opgaven, undervise i opgavens udførelse, praktisk udførelse med overholdelse af hygiejniske principper og efterfølgende oprydning. Den delegerende superviserer og sikrer, at den medarbejder, der skal have opgaven delegeret, har forstået opgaven og udfører opgaven korrekt.

Når den delegerende har undervist, vejledt og har set, hvordan kollegaen selvstændigt udfører opgaven, og begge parter er enige om, at vedkommende må udføre opgaven selvstændigt, underskrives et særskilt skema, som dokumenterer dette.

Se eksempel på et delegeringsskema, her vedrørende medicindispensering, i kapitel 8, eksempel 5.

6.3 Brug af hjemmesygeplejersker

Delegering af opgaver mellem faggrupper er en måde at løse problemet vedrørende utilstrækkelig sundhedsfaglig ekspertise på plejecentrene. En anden løsning kan være at trække på ekspertisen udefra.

Er der mangel på sygeplejefaglige kompetencer på plejecentret, vil kommunen i stedet for kunne vælge at anvende kommunens hjemmesygeplejersker. Generelt

²⁵ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Vejledningen vedrørende ordination og håndtering af lægemidler, nr. 9429 af 30. juni 2006.

opfordres der til, at plejecentrene først og fremmest trækker på de faglige kompetencer i eget system (det kommunale), før almen praksis kontaktes. I den forbindelse skal det understreges, at beboere på plejecentre har den samme rettighed som beboere i eget hjem til at få besøg af en hjemmesygeplejerske. Hjemmesygeplejersken vil endvidere kunne yde sygeplejefaglig rådgivning til og supervision af plejepersonalet, hvis der måtte være behov for det.

I Helsingør Kommune kan læger, sygehuse og vagtlæger eksempelvis henvise borgere til et akutteam. Akutteamet fungerer som en specialenhed i hjemmeplejen, der hjælper borgere med akutte behov for observation, pleje, behandling og praktisk hjælp, der kan klares i hjemmet, men som ikke kan klares af den sædvanlige hjemmepleje. Akutteamet består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og en områdeleder, der er parate til at rykke ud døgnet rundt. Formålet med akutteamet er dels at forebygge unødvendige indlæggelser ved hurtigt at kunne aflægge besøg i hjemmet, og dels at stå for plejen af færdigbehandlede patienter, indtil deres tilstand er stabil. Akutteamet giver således borgerne mulighed for at tilbringe længst mulig tid i eget hjem.

I forhold til samarbejdet mellem almen praksis og plejecentre fungerer akutteamet som en ekstern sundhedsfaglig samarbejdspartner, der kan aflaste i forhold til nogle af ovennævnte problemstillinger. Det kunne også være en idé, at plejecentrene i akutte tilfælde kunne tage direkte kontakt til akutteamet, som så kunne afgøre om almen praksis skulle inddrages. Det skal dog organiseres på en måde, så et akutteam ikke bliver flaskehals ved en beboers behov for akut lægehjælp, og med udgangspunkt i at beboere på plejecentre har lige adgang til akut lægehjælp som andre borgere.

6.4 Kompetenceudvikling

Opgaveglidningen mellem faggrupperne, især fra sygehus til kommune, men også til almen praksis, stiller stadig større krav til personalets kompetencer. I kommunerne har man således på forskellig vis organiseret faglig kompetenceudvikling af kommunens pleje- og sundhedspersonale.

Eksempelvis tilbyder Odder kommune både administrative og sundhedsfaglige undervisningsemner, målrettet de forskellige faggrupper. De undervisningsemner, som kommunen har valgt at tilbyde, er sat ind i et kompetenceskema, som den enkelte medarbejder får udleveret på første ansættelsesdag. Medarbejderen skal herefter selv udfylde og opbevare skemaet i egen kompetencemappe. Undervisningsemnerne er en del af kompetenceudviklingen for fastansatte i kommunens ældreservice samt studerende, elever og ansatte i vikariat. Medarbejderne gennemgår emnerne, i det omfang at lederen skønner, at emnerne er relevante for den enkelte.

Kompetenceskemaets udvalgte sundhedsfaglige emner kan ses i kapitel 8, eksempel 6.

Endvidere har man i Region Hovedstaden eksemplvis etableret tværsektorielle kurser (fælles skolebænk) for personalet i kommuner, almen praksis og på hospitaler i hele regionen i forbindelse med udarbejdelse af forløbsprogrammer for kronisk sygdom. De tværsektorielle kurser er blevet etableret via Indenrigs- og Sundhedsministeriets puljemidler vedrørende kronisk sygdom og skal sikre:

- *at medarbejderne har den fornødne faglige viden i forhold til de krav, forventninger og behov, som borgerens/patientens situation kræver*
- *at medarbejdere, der skal samarbejde om konkrete patientforløb, har en fælles faglig/teoretisk forståelsesramme og viden også om aktuelle udviklingstendenser og nye faglige tiltag*
- *at medarbejderne får kendskab til hinandens vilkår, tilbud og funktioner på tværs af fag og sektorer, kan drøfte fælles problemstillinger og opnå ny viden og erkendelser*
- *at medarbejderne får kompetencer til at arbejde i tværsektorielle teams*

Specielt i regionens kommuner har der været en stor efterspørgsel efter sådan fælles kompetenceudvikling.

7 Elektronisk kommunikation

Kommunikationen er akilleshælen for samarbejdet mellem plejecentre og almen praksis dels på grund af tunge kommunikationsveje (eksempelvis spildes der tid på at fange hinanden via telefon) og dels på grund af faglige forskelle parterne i mellem.

Flere kommuner, plejecentre og almen praksis karakteriserer god kommunikation som IT-understøttet kommunikation.

Alle almen praksis er af overenskomsten forpligtiget til at kunne kommunikere elektronisk med sygehuse og kommuner og praktisk taget alle har indført elektroniske journalsystemer. En stor del af kommunerne har ligeledes indført elektroniske omsorgssystemer (ca. 2/3 af kommunerne), og kan via omsorgssystemernes e-korrespondance kommunikere elektronisk med almen praksis.

I landsoverenskomsten for almen lægegerning (2011) er en rammeaftale beskrevet med henblik på at facilitere overgangen til elektronisk kommunikation mellem en kommune og kommunens praktiserende læger. Et afsnit i rammeaftalen omfatter e-konsultationer mellem lægen og kommunens plejepersonale.

Et elektronisk omsorgssystem er et værktøj til systematisk styring af aktiviteter i hjemmepleje/plejecentre, sygepleje og sundhedscentre. Fællessprog I eller II er eksempelvis integreret i omsorgssystemet, som de kommunale visitatorer bruger til at udarbejde en helhedsvurdering af de ældres funktionsevne. Via omsorgssystemet kan plejecentrene således sende deres vurderinger af disse helhedsvurderinger og komme med eventuelle ændringsforslag med tilknyttede årsagsforklaringer.

Omsorgssystemerne indeholder ofte snitflader, der gør det muligt at udveksle data med andre systemer, eksempelvis via Edifact, som er et elektronisk meddelelsessystem. Gennem Edifacten modtages og sendes data således mellem omsorgssystemet, almen praksis og sygehuse. Megen korrespondance mellem almen praksis og plejecentre foregår via dette elektroniske meddelelsessystem eksempelvis til receptfornyelser, forespørgsler vedrørende medicin, svar på diverse prøver, informationer og observationer, almindelig kommunikation m.m.

7.1 Fordele ved e-kommunikation

Et plejecenter karakteriserer det gode samarbejde baseret på e-kommunikation via Edifact:

Det gode samarbejde er karakteriseret ved hurtig korrespondance via det elektroniske advissystem Edifact, eksempelvis ved nyordinationer eller ved løsninger eller ordinationer, som ikke fungerer efter hensigten. Når lægerne/lægeseekretærene melder hurtigt og rutinemæssigt tilbage via Edifact, giver det ro og overblik omkring den lægelige behandling af borgere, høj faglighed, mindre risiko for fejl, god opfølgning m.m.. Der bliver minimal ventetid på svar og udførelse, og det er tidsbesparende, da man ikke er afhængig af en telefontid. Der bliver desuden en positiv samarbejdsånd, idet der er en gensidig forventning om et godt og effektivt samarbejdsredskab. Personalet på plejecentret ser Edifact som en hjælp og en lettelse i hverdagen til gavn for borgeren.

En kommunal udviklingskonsulent beskriver ligeledes fordelene ved Edifact:

Personalet på kommunens plejecentre bestiller medicin gennem Edifact. Medicinen bestilles ud fra en liste i lægemiddelkataloget, og beboerens medicinliste er således opdateret i overensstemmelse med den praktiserende læges. Bestillingen kan suppleres med en besked, spørgsmål og lignende. Kontakten er således direkte og eventuelle fejlkilder minimeres. Lægen kan ligeledes sende besked til plejecentret, og beskeden kan kopieres direkte ind i beboerens journal.

Almen praksis fører egen journal, som opbevares i deres praksis. Som udgangspunkt skal de ikke også skrive notater i plejecentrets journal. Via elektronisk kommunikation har lægerne imidlertid mulighed for at sende kopi af deres notater til plejecentret, således at ordinationer m.m. bliver videregivet. Plejecentrene kan orientere den praktiserende læge om deres noterede fakta og aftaler, og lægen kan så reagere på eventuelle misforståelser.

Region Syddanmark, hvor regionen og samtlige kommuner har indgået aftale om IT-strategi for tværsektoriel sundhedskommunikation, nævner yderligere fordele ved e-kommunikation:

- *Korrespondancemeddelelsen kan betragtes som en sikker klinisk e-mail. Den er personrelateret, sendes fra fagsystem til fagsystem og arkiveres/journaliseres i disse*
- *Korrespondancemeddelelser kan skrives og læses, når det passer ind i dagens øvrige opgaver*
- *Man er uafhængig af træffetider og telefonkøer*
- *Man kan færdiggøre egne arbejdsopgaver – også om natten*
- *Man er fri for gnidrede og ulæselige faxer*
- *Dokumentation og historik på kommunikationen er sikret*
- *Elektronisk kommunikation er teknisk meget enkelt at gå til - organisatorisk kræver det lidt ændrede arbejdsgange blandt personalet, men systemerne er nemme at bruge*

Mange almen praksis oplever også, at e-kommunikationen styrker samarbejdet. En praktiserende læge oplever elektronisk receptfornyelse som en god ordning, men enkelte steder opleves der dog manglende viden om medicinen hos den person, som fornyer recepten. Det kræver skærpet opmærksomhed fra lægens side.

7.2 Begrænsninger ved e-kommunikation

E-kommunikation egner sig kun til ikke-akutte tilfælde. Kontakt i forbindelse med akutte tilfælde skal foregå via telefon, men efterfølgende kan der ofte sendes en elektronisk meddelelse.

Flere parter udtaler desuden, at det er svært at beskrive sundhedsfaglige problemstillinger i e-kommunikation. E-kommunikationen har således en begrænsning, idet der ikke er tale om et dialogbaseret system. Er der behov for drøftelse af diverse problemstillinger, anbefales en anden slags kommunikation. E-kommunikation er

især velegnet til mere konkrete henvendelser, og altså ikke til dialog, hvor der kan spørges ind til eventuelle problematikker.

En anden ulempe ved Edifact-systemet er, at det ikke kan generere autosvar fx i forbindelse med ferielukning. En meddelelse kan således ligge i lang tid uden at blive besvaret, mens afsenderen forventer svar. Og der kan ikke lukkes for Edifact-systemet, ligesom man kan med en fax. Men i Medcom-regi arbejdes der p.t. på en udvikling af Edifacten i retning af et e-mail-system.

7.3 Aftaler om e-kommunikation

Inden man går i gang med e-kommunikation anbefales det af en region at:

Der etableres et formaliseret samarbejde omkring den elektroniske kommunikation, så forventninger til samarbejdet er afstemt. Hvad kan man sende, hvem sender, hvornår kan man forvente, at meddelelserne bliver læst og handlet på, hvordan gives der besked ved systemnedbrud eller ferielukning m.m. Derudover kan det være en god idé at holde et fyraftensmøde mellem parterne, så det bliver klart for alle, hvad den elektroniske kommunikation går ud på, og hvad man kan forvente sig ved implementering af denne.

Der eksisterer allerede lokale aftaler vedrørende e-kommunikation, som varierer fra kommune til kommune. Disse lokale aftaler indeholder eksempelvis beskrivelse af en elektronisk korrespondancemeddelelse som en elektronisk skriftlig fritekst-meddelelse, der drejer sig om den enkelte borger og er knyttet til borgerens cpr-nr. Korrespondancemeddelelsen kan eksempelvis vedrøre spørgsmål om patientens tilstand, information om prøveresultater, fornyelse af recepter, aftaler om sygebesøg, orientering om ændring i behandling og medicinering m.m. Endvidere er det ofte beskrevet, hvornår korrespondancemeddelelsen ikke bruges, eksempelvis i akutte situationer, i forbindelse med hjælpemidler og lignende.

I nogle aftaler er der også inkluderet retningslinjer vedrørende receptfornyelse, ferielukning, systemnedbrud m.m.

En af fordelene ved den elektroniske korrespondance er den hurtige form for kommunikation. Det fordrer naturligvis, at svartiderne minimeres. I nogle lokale aftaler er der således sat en maksimal svarfrist ind i aftalen, men disse tidsfrister varierer fra aftale til aftale.

Praktiserende Lægers Organisation og KL arbejder p.t. på en landsdækkende standardaftale for e-kommunikation mellem kommunen og almen praksis, som vil kunne benyttes til udarbejdelse af lokale aftaler.

8 Eksempler

Eksempel 1: Guidelines for kommunikation og samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsafdelingen og praktiserende læger i Frederiksberg Kommune - revideret i 2010

Disse guidelines skal optimere den daglige kommunikation mellem plejeboligerne/hjemmesygeplejen/hjemmeplejen og de praktiserende læger. Et forbedret samarbejde mellem parterne skal sikre god pleje, omsorg og behandling for borgerne.

Generelt

Henvendelser til lægen skal være velbegrundet, velafklaret og konfereret med kvalificeret personale. Kvalificeret personale kan henvende sig til lægen for rådgivning i relation til sundhedsfaglige spørgsmål om den enkelte borger, som er tilmeldt pågældende læge.

- Ved henvendelser fra plejeboliger/hjemmepleje/hjemmesygepleje til lægen skal den henvendende part præsentere sig med navn og stilling
- Lægens telefontid bør så vidt muligt respekteres. Telefontider, faxnumre og eventuelle direkte telefonnumre til udelukkende akut brug vil fremgå af den frivillige lægeliste fra Sundheds- og Omsorgsafdelingen, Frederiksberg Kommune, Praksiskonsulenten. Listen opdateres årligt ved rundsendelse
- Ved flytning til plejebolig anbefales at benytte muligheden for aftalt forebyggelseskonsultation eller supplerende specifik forebyggelsesindsats som er anført i Landsoverenskomst om almen lægegerning.²⁶ Personalet kan orienteres af lægen om specielle problemstillinger efter aftale med borgerne
- Sundhedsfagligt personale kan efter ønske fra borgeren anmode om et årligt opsøgende hjemmebesøg. I plejeboliger kan dette med fordel arrangeres samlet for flere beboere, som har samme læge

Medicin

- Anmodning om receptfornyelse kan foregå via fax, telefon eller edifact
- Nye ordinationer og ændringer af ordinationer bør meddeles sundhedspersonalet i plejeboligerne, såfremt borgerens medicin håndtering foregår ved hjælp af sundhedspersonalet
- Sundhedspersonalet kan anmode om at få ordinationer skriftligt

²⁶ Jf. Landsoverenskomsten 2006

Sygebesøg

- En patients helbredstilstand kan konfereres med den praktiserende læge, som herefter vurderer, om et sygebesøg er nødvendigt
- Ikke akutte sygebesøg bør aftales med lægen mellem kl. 8-9
- Alle kliniske observationer og relevante prøvesvar skal være til stede ved sygebesøg

Akutte henvendelser

- Såfremt den praktiserende læge har et direkte telefonnummer, kan det efter lægens ønske meddeles plejeboligerne/hjemmesygeplejen/hjemmeplejen
- Det er muligt at kontakte den praktiserende læge akut, hvis sundhedspersonalet skønner, at der er behov herfor akut

Dokumentation

- Det skal i videst mulige omfang aftales og dokumenteres, hvilke aftaler og delegeringer, der er indgået mellem personalet og den praktiserende læge
- Lægen dokumenterer i egen journal og personalet i Elektroniske Omsorgsjournal (EOJ)
- Ved fremsendelse af fax til praktiserende læge skal afsenders faxnummer, navn samt stillingsbetegnelse fremgå. Ligeledes skal borgerens navn og cpr-nummer fremgå

Implementering af guidelines for kommunikation og samarbejde

- Ledelsen i plejeboligerne/hjemmesygeplejen/hjemmeplejen har ansvar for, at ansatte med ansvar for patientpleje og behandling er orienteret om indholdet i denne guideline
- Praksiskonsulenten har ansvar for, at læger i Frederiksberg Kommune er orienteret om indholdet af denne guideline
- Praksiskonsulenten er ansvarlig for, at guidelines forelægges Det Kommunalt-lægelige Kontaktudvalg
- Praksiskonsulenten og Sundheds- og Omsorgsafdelingen er ansvarlig for at guidelines opdateres

Udarbejdet af kvalitetschef og praksiskonsulent i Frederiksberg Kommune

Eksempel 2: Uddrag fra "Retningslinjer for tilkald af læge" - Lolland Kommune, 2010

Sundhedsmedarbejderen skal gøre følgende:

- Observation af borgeren
 - Bevidsthedsplan
 - Smerter (hvor og hvordan)
 - Vejtrækning/puls
 - Blødning
- Kontakt vagthavende sygeplejerske eller ring 112 på baggrund af ovenstående observationer.
- I samråd med vagthavende sygeplejerske tages beslutning om kontakt til læge/vagtlæge, med borgerens samtykke om muligt.
- Ringes der 112 – skal følgende oplyses:
 - Navn og stilling
 - Hvor borgeren befinder sig/præcis adresse
 - Hændelsesforløb
 - Fulde personnummer – hvorfra der ringes
 - Yd den fornødne førstehjælp
 - Kontakt vagthavende sygeplejerske (hvis dette ikke er gjort)
 - Bliv hos borgeren til hjælpen kommer
- Observation og handling dokumenteres i omsorgssystemet
- Kontakt til pårørende
- Sundhedsfaglige oplysninger og medicinliste eftersendes til sygehuset.

Ældresektoren, Lolland Kommune.

Udarbejdelse af retningslinjen er gennemført i samarbejde med kommunens teamledere for sundhedsmedarbejderteam, kvalitetskoordinator og projekt- og kvalitetsmedarbejder

Eksempel 3: Retningslinjer vedrørende Marevanbehandling og urindyrkning – Gødvad Plejecenter i Silkeborg, 2010

Samarbejde med mobil-laboranterne:

Aftale med mobil-laboranterne om, at de kommer om torsdagen på plejecentret. Laboranterne har en kontaktperson, som de ringer til dagen før de kommer, angående hvem der skal have taget blodprøver, og om der er der nogle specielle forhold eksempelvis faste.

Arbejdsgang ved Marevanbehandling:

Der tages blodprøve INR om torsdagen. Lægen modtager INR svar og tager stilling til ændringer i ordination og tid på ny INR. Lægen sender ordination via Edifact, så plejecentret har den dagen efter, at blodprøven er blevet taget. Plejecentret udfører ordination, og lægesekretær bestiller tid ved mobil-laboranterne med det samme.

Arbejdsgang ved urin til dyrkning og resistens:

Urin sendes i uringlas med navn og cpr. nr. til lægen om formiddagen (sendes med pårørende eller taxi). Der ringes til lægesekretær, om at den er på vej. Lægen sender svar og eventuel ordination over edifact, når dyrkningen er færdig. Lægen sørger for den ordinerede medicin sendes ud. Det er forskelligt, hvornår lægerne har dyrkningsvaret. Det er derfor rart, at det er lægerne, der skaber kontakt, så der ikke ringes forgæves flere gange om svar.

Eksempel 4: Delegering af opgaver – Ældreservice, Odder Kommune, 2009

Hvad er delegering?:

Delegering er at overdrage en bestemt arbejdsopgave til en anden faggruppe, som ikke har erhvervet kompetence til udførelse af opgaven gennem deres grunduddannelse.

Delegering skal benyttes i situationer der ligger udenfor faggruppens normale kompetenceområde, og hvor undervisning er nødvendig for at vedkommende opnår kompetencerne til at løse opgaven.

Hvem kan delegerer?:

Plejeopgaver kan delegeres fra sygeplejerske til social- og sundhedsassistent og/eller social- og sundhedshjælper/hjemmehjælper, samt fra social- og sundhedsassistent til social- og sundhedshjælper/hjemmehjælper.

Ved hver delegering skal der ske en vurdering af borgerens situation, opgavens kompleksitet samt medarbejderens kompetencer med henblik på, om det er fagligt forsvarligt at delegerer opgaven. Den som får delegeret en opgave kan efter instruktion varetage lignende opgave ved andre borgere – dog skal den person, som delegerer opgaven, vurdere om den nye borger også er i en stabil fase, som svarer til det, man har modtaget undervisning i.

Sygeplejerskens ansvars og kompetenceområde:

Som sygeplejerske er man kvalificeret til at:

- Udføre sygepleje og rehabilitering
- Udføre lægeordnede behandlingsopgaver
- Observere patientens tilstand og effekten af sygepleje og behandling
- Yde borger- og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse
- Planlægge og lede sundhedsfremme og forebyggelse, sygepleje-, rehabiliterings- og palliative forløb samt lægeordnede behandlingsopgaver
- Planlægge og lede indlæggelses- og udskrivningsforløb med henblik på at skabe kontinuitet, sammenhængende patientforløb, høj kvalitet og patientsikkerhed

Sygeplejerskers arbejdsfelt er kendetegnet ved:

- Akutte situationer og ustabile forløb

-
- Problematiske situationer kendetegnet ved, at situationen er uklar, ikke defineret, eller sammensat af flere sundhedsproblemer
 - Problemidentificerende situationer kendetegnet ved, at det forebyggende aspekt har en fremtrædende plads. Hovedsigtet med sygeplejen er her at forebygge og/eller identificere sundhedsproblemer og understøtte en så god og normal udvikling som mulig
 - Uregelmæssighed/uforudsigelighed
 - Komplexitet
 - Vekslede
 - Kriser
 - Væsentlige ændringer i sundhedstilstanden
 - Væsentlig forværring i egenomsorgskapaciteten

Social- og sundhedsassistenternes ansvars- og kompetenceområde:

Som social- og sundhedsassistent er man kvalificeret til:

- At løse de opgaver der ligger indenfor deres grunduddannelse
- Selvstændigt at varetage og tilrettelægge sammensatte aktivitets- og omsorgsopgaver
- Selvstændigt at varetage koordinerende og undervisende funktioner
- Selvstændigt at varetage og tilrettelægge grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver
- At løse ukomplicerede sygeplejeopgaver ved borgere i stabile forløb

Social- og sundhedsassistenter's arbejdsfelt er kendetegnet ved:

- Stabile forløb
- Opgaver der varetages ved de almindeligt forekommende somatiske og psykiske lidelser, herunder også forebyggende og sundhedsfremmende opgaver
- Stationær tilstand og forudsigelighed
- Rutine i borgerens dagligdag
- Uændrede ordinationer i længere tid

Social- og sundhedshjælpernes ansvars- og kompetenceområde:

Som social- og sundhedshjælper er man kvalificeret til:

- Selvstændigt at udføre brede, elementære bistands-, pleje- og omsorgsopgaver

Social- og sundhedshjælper's arbejdsfelt er kendetegnet ved:

- Grundlæggende pleje- og omsorgsopgaver ved stabile forløb
- Enkle og konkrete opgaver, der medvirker til løsning af borgerens sædvanlige gøremål, herunder også forebyggende og sundhedsfremmende opgaver
- Observation af fysiske, psykiske og sociale forandringer og symptomer på ændret sundhedstilstand
- Vurdering, planlægning, gennemførelse og evaluering af de elementære plejeopgaver med udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov
- Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i forhold til elementære problemstillinger

Vikarers ansvars- og kompetenceområde:

Er som udgangspunkt svarende til vikarens grunduddannelse.

Ved længerevarende vikariater vil der med fordel kunne udarbejdes kompetenceskemaer vedrørende varetagelse af særlige opgaver hos borgeren.

Ufaglærtets ansvars- og kompetenceområde:

Skal vurderes individuelt og hvis en ufaglært selvstændigt skal varetage en delegeret opgave, skal der udarbejdes kompetenceskema.

Hvad kan delegeres:

Opgaver, der kan delegeres fremgår af særskilt hæfte. Ændringer vurderes i samarbejde med delegeringsgruppen.

Hvis man ønsker at delegerer en allerede delegeret opgave, skal man ikke indhente accept til dette, da vedkommende, som bestilte opgave i første omgang, skal tilkendegive, hvis opgaven ikke må videre-delegeres. Eksempel på dette er, hvis praktiserende læge aftaler med en hjemmesygeplejerske om blodsuktermåling, og hjemmesygeplejersken efter en periode vurderer borgeren til at være i en stabil fase og dermed delegerer blodsuktermålingen til en social- og sundhedshjælper. Hjælperen skal vurderes af sygeplejersken i forhold til, om vedkommende besidder kompetencerne til at varetage opgaven, samt skal modtage instruktion i opgaven, hvorefter hjælperen må udføre opgaven, hvis sygeplejersken vurderer det gøres fagligt forsvarligt.

Hvordan sker en delegering:

Den person, der delegerer skal:

- gennemgå årsagen til opgaven, opgavens udførelse inklusive vejledning af bruger, praktisk udførelse med overholdelse af hygiejniske principper og efterfølgende oprydning vha. det delegeringsskema, der beskriver opgaven
- overvåge at den medarbejder, der skal have opgaven delegeret, har forstået opgaven og udfører ovenstående korrekt (supervision)
- dokumentere ovenstående ved hjælp af ”Skema vedr. delegering”. Man kan som kollega arbejde videre på den delegering, en anden kollega er påbegyndt, hvis ikke vedkommende nåede at gøre processen færdig med ”undervisning set udført under vejledning samt set udført selvstændigt”
- Hvis man mener, at den kollega, man delegerer en opgave til, skal udføre opgaven under vejledning mere end én gang, skal man vente med at sætte sin underskrift på skemaet, til begge parter mener, man kan gå videre i processen med at udføre opgaven selvstændigt
- Original opbevares af medarbejder, og kopi af originalen sendes af sygeplejersken eller sosu-assistenten til lederen, sådan at vedkommende kan dokumentere, hvad den enkelte medarbejder er oplært i

Ansvar i forbindelse med delegering:

Den person, der delegerer en opgave til en anden fagperson, er ansvarlig for:

- At undervise personen efter de fastsatte retningslinjer beskrevet i delegeringsskemaerne
- At den, der får delegeret en opgave, har opnået de faglige kompetencer til at udføre opgaven, som anvist

Den person, der får delegeret en opgave, er ansvarlig for at sige til, hvis vedkommende har behov for undervisning og instruktion, inden opgaven kan påtages.

Den delegerende person kan ikke pålægges ansvar for, at hans/hendes instruktion ikke bliver fulgt. Medarbejderen, som har fået delegeret en opgave, er ansvarlig for, at udførelsen af opgaven er i henhold til instruktionen. Hvis man er det mindste i tvivl om, hvordan opgaven skal udføres, er man selv ansvarlig for at henvende sig til en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent for at få en ny instruktion.

Hvis ændringerne i borgerens situation er omfattende eller kompliceret skal sygeplejersken/assistenten påtage sig opgaven, indtil den er stabil og vurderes til atter at kunne delegeres.

Hvad skal ikke delegeres:

Man skal ikke bruge delegeringsskemaerne hvis man lærer en kollega af samme faggruppe op i en opgave, de er i tvivl om, hvordan de skal udføre, eller hvis en sygeplejerske videregiver en opgave til en social- og sundhedsassistent, som tidligere har løst den samme slags opgaver.

Referencer:

Bekendtgørelse nr. 1219 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig forbeholdt virksomhed), Sundhedsstyrelsen 2009.

Vejledning nr. 115 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig forbeholdt virksomhed), Sundhedsstyrelsen 2009.

Udarbejdet af delegeringsgruppen og godkendt af ledergruppen
Ældreservice, Odder Kommune

Eksempel 5: Delegeringsskema, procedure for medicindispensering til kendt og stabil borger - Odder Ældreservice, 2010.

Opgavens art:	Medicindispensering til kendt og stabil borger.
Målgruppe:	Ikke autoriserede sundhedspersoner som sygehjælpere og sosu-hjælpere.
Hvilken viden skal man besidde og anvende for at kunne varetage opgaven:	<p>Kendskab til medicinskemaets opbygning – dvs. viden om at skemaet er opdelt i:</p> <ul style="list-style-type: none">- doserbart- ikke doserbart (ex. injektioner, cremer og laksantia)- dosisdispenseret- sidedoseret- PN.- adm. selv. <p>Kendskab til medicinens virkning og bivirkning og kunne observere disse.</p> <p>Man skal læse den enkelte indlægsseddel eller i care/medicinskema/DLI-online, for at indhente viden om de forskellige præparater.</p> <p>Kendskab til håndtering af medicin fra glas/pakke osv. og om medikamentet kan deles, knuses osv.</p> <p>Viden om hygiejniske principper ved håndtering af medicin.</p>
Beskrivelse af opgaven:	<p>Håndhygiejne inden man begynder håndtering af medicin.</p> <p>Medicinen ophældes ud fra ordinationen på medicinskemaet - vær opmærksom på at et x kan betyde, at medicinen gives efter et andet skema, eller at der står noget i bemærkningsfeltet på medicinskemaet ex. ved laksantia.</p> <p>Man skal i plejeboligerne kontrollere at doseringsæsken er påført ugedag, navn og CPR.nr, samt at dette stemmer overens</p>

med borgeren. Samme procedure hvis man i hjemmeplejen doserer til et ægtepar.

Derefter kontrolleres navnet på præparatet/indholdsstoffet, og at det er borgerens navn der står på pakken/glasset - disse skal stemme overens med medicinskemaet. Gør de ikke det, kontaktes sygeplejersken/assistenten.

Medicinen doseres i forhold til antal gange pr. dag (fx. kl. 8, 12, 18, 22), men også i forhold til de ordinerede mg/mikrogram.

Man skal kontrollere antallet af tabletter i doseringsæsken med det ordinerede antal på medicinskemaet.

Man skal håndtere doseringsæsken hygiejnisk korrekt.

Observationer i forbindelse med opgaven:

Man skal kontrollere, at der ikke er sket ændringer i borgerens medicinordination siden sidste ophældning. Er der ændringer i ordinationen skal man kontakte sygeplejersken/assistenten, så man er sikker på den nye ordination.

Husk, det er kun sygeplejersken/assistenten, der må lave et nyt medicinskema, rette eller seponere.

Evaluerings- og dokumentation i forbindelse med opgaven:

Efter man har doseret medicinen og kontrolleret, at ophældningen stemmer overens med medicinskemaet, skal man dokumentere ophældningen på det skema, der sidder ved medicinskemaet i journalmappen.

Referencer:

Medicininstruks Odder Ældreservice.

Udarbejdet og godkendt af medicingruppen

Eksempel 6: Uddrag fra kompetenceskema - Odder Ældre-service, 2010

UNDERVISNINGSEMNER:	MODTAGET: (skriv dato)
Medicinhåndtering for plejepersonale	
Medicinhåndtering for sundhedspersonale	
Sårpleje og kompressionsbehandling til plejepersonale	
Sårpleje og kompressionsbehandling til sundhedspersonale	
Geriatrici for alle ansatte	
Palliation for alle ansatte	
Pleje af borger med kontinens problematikker for alle ansatte	
Pleje af borger med diabetes for alle ansatte	
Pleje af borger med demens for alle ansatte	
Pleje af borger med psykiatriske sygdomme for alle ansatte	
Borger med demens for adm./køkken/pedel/service-assistenten	
Ernæring for alle ansatte	
Førstehjælp	

9 Bilag

9.1 Bilag 1: Uddrag fra informationskrivelse om embedslægetilsynets anbefalinger vedrørende indhentning af oplysninger, dokumentation m.m. - KL, 2010

Til plejecentrene:

Alle plejecentre bør have interne retningslinjer for samarbejdet med de praktiserende læger. Retningslinjerne skal som minimum indeholde:

- Hvordan og hvornår plejepersonalet kontakter egen læge eller lægevagt i forbindelse med akut sygdom hos beboerne
- Hvordan og hvornår plejepersonalet kontakter egen læge i forbindelse med beboernes kroniske sygdomme
- Hvordan og hvornår plejepersonalet kontakter egen læge eller behandlende læge for medicingennemgang
- Hvordan plejepersonalet skal forholde sig til reglerne om samtykke – både i situationer hvor beboeren aktivt kan give samtykke, og i situationer hvor beboerne ikke kan give samtykke

Plejecentrene skal sikre, at der er udarbejdet relevant skriftlig dokumentation om beboernes helbred. Den skriftlige dokumentation skal følge Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser.

Plejecentrene skal indhente oplysninger fra den praktiserende læge i de situationer, hvor plejepersonalet ikke i forvejen har kendskab til beboerens helbredssituation. Det kan eksempelvis være ved indflytning fra anden kommune, eller hvis der er tale om en borger, som ikke tidligere har været kendt i hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen.

Når beboerne flytter på plejecenter og tidligere har modtaget hjælp fra kommunens hjemmepleje/hjemmesygepleje må det forventes, at der foreligger tilstrækkelig faglig dokumentation, som efterfølgende kan anvendes af plejecentret.

Til de praktiserende læger

Når plejecentrene udfører opgaver på delegation fra de praktiserende læger, herunder medicinadministration, må det forventes, at lægen i det almindelige samarbejde bidrager mundtligt med relevante helbredsmæssige oplysninger om borgerne.

Hvis plejecentret efterspørger generelle helbredsmæssige oplysninger om en konkret borger, fremsender kommunen attest LÆ 125 (Statusattest) til den praktiserende læge til dette formål.

Uddrag fra notat: ”Lægeoplysninger om beboere på plejecentre”, KL, marts 2010.

9.2 Bilag 2: Forslag til funktionsbeskrivelse fra "Vejledning til oprettelse af funktionen: Kommune-praksiskonsulent - Region Midtjylland"

Forslag til funktionsbeskrivelse

Stillingen oprettes bl.a. som led i forberedelsen af de nye opgaver på sundhedsområdet, som kommunen overtager i forbindelse med gennemførelse af strukturreformen. Det drejer sig om bl.a. genoptræning samt sundhedsfremme og forebyggelse. Praksiskonsulentens opgaver vil også være rettet mod det eksisterende driftssystem – både bestiller (visitatorer m.m.) og udfører (lokalcentre og andre) opgaven. Praksiskonsulenten vil bl.a. få en brobygger-funktion mellem de praktiserende læger i kommunen og visitatorer/lokalcentre/private leverandører, som udfører opgaver i forhold til målgruppen for kommunens forskellige afdelinger. Aftaler, der forpligter alle praktiserende læger, skal vedtages af Praksisudvalget i Regionen.

Eksempelvis bl.a. følgende opgaver:

- Formidling af informationer til de praktiserende læger om tilbud til borgerne. Denne opgave blev særlig vigtig fra 2007, hvorefter kommunerne bl.a. skal medfinansiere udgifter for borgere, der indlægges på sygehus. Det er vigtigt at praktiserende læger får indgående kendskab til de tilbud, kommunen har som evt. alternativ til indlæggelse i dag- og nat tid
- Formidling af informationer om kommunens videnscentre, personalets generelle og særlige kompetence- og vidensniveau – med henblik på præmisser for samarbejde
- Medvirken til at udvikle kommunens tilbud på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet med henblik på at sikre, at kommunens tilbud bliver et vigtigt supplement til de øvrige tilbud i sundhedsvæsenet (sygehuse og praksissektor).
- Medvirke til at smidiggøre samarbejdet mellem praksis og visitator/hjemmepleje/lokalcentre for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet, herunder medvirke til at patientens indlæggelse og udskrivning til hjemmeplejen foregår hensigtsmæssigt og medvirke til aftaler om samarbejdsprocedurer mellem sundhedsområdets personale og praktiserende læger.
- Medvirke til samarbejde m.h.t. det kommunale beredskab især i aften- og nattevagt bl.a. m.h.p. alternativ til indlæggelse, aspekter i forhold til bestiller og udfører-funktion, lægens rolle i forhold til sygeplejerskefunktionen i f.eks. hjemmeplejen og i plejeboliger.
- I øvrigt medvirke til at opgaver i sundhedsvæsenet udføres omkostningsbevidst.
- Løbende være i dialog om udviklingstendenserne på sundhedsområdet og hvordan opgaverne kan løses i relation hertil
- Samarbejde om udbygning af den elektroniske kommunikation mellem praksis og kommune.

-
- Være med til at sikre den løbende dialog og udveksling af viden imellem de praktiserende læger og kommunens familie- og arbejdsmarkedsområde
 - Medvirke til at identificere behovene for og udvikle det socialmedicinske samarbejde på nye områder.
 - Medvirke til at udvikle og justere forventninger, krav, holdninger og værdier omkring indsatser på områder med fælles patient/klientgrupper.
 - Arbejdsområdet er indenfor følgende områder: Sygedagpenge-, revaliderings-, aktiverings-, fleksjobs- og pensionsområdet, flygtninge-indvandrerområdet, voksenhandicap- og socialpsykiatriområdet.
 - Kontakt med øvrige kommune praksiskonsulenter samt den eksisterende Praksiskonsulentordning (PKO)

Der kan være andre arbejdsopgaver, der kan aftales med den enkelte kommune.

Region Midtjylland 2006

Forslag til funktionsbeskrivelse indgår som bilag 2 i ”Vejledning til oprettelse af funktionen: Kommune-praksiskonsulent”, som også indeholder forslag til ansættelsesprocedure, ansættelsesforhold samt stillingsopslag.