

SAMARBEJDE OM FOREBYGGELSE

– anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner



Samarbejde om forebyggelse. Anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner.

© Sundhedsstyrelsen, 2014

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

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

Emneord: forebyggelsesforløb, samarbejde, forebyggelse, forebyggelsestilbud, almen praksis, kommunen, anbefalinger, eksempler, inspiration, kommunale praksiskonsulenter, kommunalt-lægelige udvalg

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Versionsdato: 15. december 2014

Endelig version: 1.0

Format: PDF

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2014

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-068-5

FORORD

Der er til stadighed et stort behov for forebyggelse i befolkningen, og der er mange gode anledninger til at sætte forebyggelse på dagsorden, når almen praksis og kommunen møder borgeren.

Denne pjece skal inspirere og styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunen om forebyggelsesforløb. Et smidigt samarbejde er centralt, når borgerne skal opleve sammenhængende og effektive forebyggelsesforløb på tværs af sektorer. I mange dele af landet fungerer samarbejdet allerede godt, men der er stadig et udviklingspotentiale.

Pjecen giver konkrete anbefalinger til – og eksempler på – det gode samarbejde mellem almen praksis og kommunen om sammenhængende forløb til borgere med behov for forebyggelse, herunder til borgere med kronisk sygdom.

Pjecen er skrevet til kommuner og almen praksis, dvs. til kommunale ledere og medarbejdere på sundhedsområdet og til læger og praksispersonale i almen praksis. Specielt vil de kommunalt-lægelige udvalg og de kommunale praksiskonsulenter kunne have glæde af pjecen som dialogværktøj.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke den faglige følgegruppe, der har bistået med rådgivning i udarbejdelsen af pjecen og de mange parter, der har bidraget med eksempler og givet værdifulde kommentarer til en høringsversion af pjecen.

Jette Jul Bruun
Enhedschef, Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

INDHOLD

Indledning og samlede anbefalinger	5
Samarbejde om det konkrete forebyggelsesforløb	8
Afdækning af forebyggelsesbehov	8
Hvem skal have et forebyggelsestilbud?	10
Hvilke forebyggelsestilbud er der?	12
Henvvisning til kommunalt tilbud	14
Afslutning af forebyggelsesforløbet	17



Veje til det gode samarbejde	18
Rammer for godt samarbejde	18
Kendetegn ved det gode samarbejde	24

Klik på pilene for at komme direkte til det afsnit, du er interesseret i!

Hvordan er pjecen bygget op?

Pjecen består af to dele:

Den første del af pjecen er bygget op over et forebyggelsesforløb. For at gøre det overskueligt er forebyggelsesforløbet illustreret som et lineært forløb, vel vidende at der ofte er tale om mange samtidige, evt. cirkulære forløb.

I anden del af pjecen bliver rammerne for – og karakteristika ved – det vellykkede forebyggelsessamarbejde beskrevet.

I hvert afsnit er der anbefalinger til god praksis for samarbejdet og korte, konkrete eksempler på, hvordan kommuner og almen praksis allerede samarbejder om forebyggelsesopgaverne. Undervejs bliver pointerne illustreret med korte case-fortællinger.

INDLEDNING OG SAMLEDE ANBEFALINGER

Denne pjeces fokuserer på samarbejdet mellem almen praksis og kommunen om det konkrete forebyggelsesforløb for den enkelte borger, men også på det overordnede organisatoriske samarbejde om forebyggelse mellem almen praksis og kommunen. Formålet med pjecen er at inspirere og styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunen om sammenhængende, effektive forebyggelsesforløb. Pjecens anbefalinger understøtter bl.a. implementering af sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og forløbsplaner.

Forebyggelsesforløb

Et forebyggelsesforløb omfatter opsporing, information, registrering, motivation samt henvisning til – og deltagelse i – forebyggelsestilbud. Det kan fx dreje sig om:

- En borger, der ryger, og som ønsker et rygestop
- En borger med KOL, der får tilbudt patientuddannelse som led i sin rehabilitering
- En usikkert gående borger, som har brug for afdækning af forebyggelsesbehov
- En borger, der har behov for et alkoholbehandlingstilbud

Selvom fokus er på samarbejdet mellem almen praksis og kommunen, vil nogle af budskaberne også være relevante for samarbejdet mellem almen praksis og sygehusene.

Der er i pjecen fokus på samarbejde om forebyggelsesbehov relateret til livsstilsfaktorer. Ud over de generelle forebyggelsestilbud til alle borgere, som fx rygestoptilbud, indgår også sygdomsspecifikke tilbud inden for KOL-, diabetes- og hjerterehabilitering, herunder patientuddannelse.

En fælles opgave

Både kommuner og almen praksis har som kerneopgave at fremme borgernes sundhed og forebygge, at sygdom opstår og udvikler sig yderligere. Borgerne skal møde "et sundhedsvæsen, der hænger sammen, og hvor sundhedspersonale på tværs af sektorer og faggrupper arbejder sammen om og sammen med borgeren". (*Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen*. Regeringen 2013).

Borgeren i centrum

Når sundhedsvæsenet skal sikre sammenhængende forløb til borgere med forskellige behov, er det vigtigt at tage udgangspunkt i den enkeltes situation og perspektiv. Borgere og pårørendes viden om deres situation og ønsker i kombination med de sundhedsfagliges indsigt og erfaringer styrker kvaliteten i patientforløbet. Borger- og patientforeninger kan bidrage med brugerperspektivet i planlægning, evaluering og udvikling af nye forebyggelsestilbud.

Hvad er forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering?

Ved **forebyggelse** forstås overordnet, at man søger at undgå, at sygdom opstår og videreudvikler sig.

Sundhedsfremme sigter mod at styrke de individuelle ressourcer, sociale sammenhænge og samfundsmæssige rammer, der fremmer vores sundhed.

Generel forebyggelse vil sige, at man med udgangspunkt i patientens livsstil og generelle sundhedstilstand søger at undgå, at (yderligere) sygdom opstår (primær forebyggelse).

Sygdomsspecifik forebyggelse handler om at opspore sygdom tidligst muligt og undgå yderligere udvikling af og komplikationer til sygdom (sekundær, tertiær forebyggelse).

Ovenstående beskrivelser tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation om terminologi på folkesundhedsområdet: *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*, læs [her](#).

Rehabilitering er en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund (*WHO World report on disability* [her](#), Sundhedsstyrelsens oversættelse).

Ansvarsfordeling mellem almen praksis og kommunen om forebyggelse

Almen praksis har en lang tradition for at forebygge og har med sine mange kontakter til borgerne en naturlig anledning til at tale med borgerne om livsstil og sundhed. Ved mange konsultationer har lægen og praksispersonalet mulighed for at give råd og vejledning om både generel forebyggelse, men også sygdomsspecifik forebyggelse til fx patienter med kronisk sygdom.

Almen praksis identificerer patienternes forebyggelsesbehov, laver indledende motiverende samtaler og henviser til kommunale sundhedstilbud med patientens samtykke. Kommunen har ansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Sammen skal parterne sikre et godt samarbejde om forebyggelsesopgaverne, herunder sikre dialog og gensidig orientering i det konkrete patientforløb og sammen planlægge og gennemføre indsatser, der går på tværs af de to sektorer. Samarbejdet og arbejdsdelingen på forebyggelsesområdet mellem almen praksis, region og kommune fastlægges overordnet i sundhedsaftalerne.

SAMLEDE ANBEFALINGER

Almen praksis

- Afdækker borgerens livsstil og registrerer risikofaktorer og forebyggelsesbehov.
- Laver en samlet vurdering af, om borgeren skal henvises til et forebyggelsestilbud.
- Bruger SOFT på www.sundhed.dk/soft til at få overblik over lokale forebyggelsestilbud.
- Anvender MedCom-henvisning til kommunen og medsender relevant information om livsstilsfaktorer.

Kommunen

- Præsenterer og opdaterer forebyggelsestilbud på SOFT og gør opmærksom på målgruppe, vidensgrundlag og evt. tidsbegrænsning.
- Bruger Sundhedsstyrelsens faglige udmeldinger og de regionale forløbsprogrammer til at kvalitetssikre de kommunale forebyggelsestilbud.
- Inddrager praksiskonsulenter og brugerorganisationer i tilrettelæggelse, justering og beskrivelse af de kommunale tilbud.
- Orienterer almen praksis ved visitation til andet/yderligere tilbud end det, der er henvist til.
- Tilstræber én kommunal indgang til forebyggelsestilbud.
- Sender kvittering til almen praksis for modtagelse af henvisning til kommunalt forebyggelsestilbud.
- Sender slutstatus til almen praksis med bl.a. oplysninger om udbytte og evt. behov for opfølgning, når borgeren afslutter forebyggelsestilbuddet.

Almen praksis og kommunen

- Sørger for, at personalet i almen praksis og kommunale medarbejdere har kompetencer til at udnytte forebyggelsespotentialer i patient- og borgerkontakter.
- Overvejer fælles kompetenceudvikling.
- Styrker borgerens motivation for sund livsstil og støtter borgeren i at formulere egne mål og ønsker til forandring af livsstil.
- Indhenter relevant samtykke fra patienten til at videregive helbredsoplysninger og registrerer samtykket i journalen.
- Gør det nemt at komme i kontakt med hinanden.
- Bruger sundhedsaftale, praksisplan og det kommunalt-lægelige udvalg til at sikre gode rammer og aftaler for forebyggelsessamarbejdet.
- Sikrer, at det kommunalt-lægelige udvalg regelmæssigt drøfter forebyggelsesopgaver, udviklingsmuligheder og samarbejde om forebyggelse, fx med udgangspunkt i konkrete forebyggelsesforløb.
- Gør brug af kommunale praksiskonsulenter i forebyggelsessamarbejdet mellem almen praksis og kommunen.
- Overvejer at lave et netværk for kommunale praksiskonsulenter i samarbejde med regionen og sætter forebyggelse på netværkets dagsorden.
- Inddrager bruger- og pårørendeperspektiver i den overordnede prioritering og planlægning af forebyggelsesindsatser og i forhold til at tilrettelægge forebyggelsesforløb for den enkelte borger.

SAMARBEJDE OM DET KONKRETE FOREBYGGELSESFORLØB



Afdækning af forebyggelsesbehov

76-årige Albert har røget det meste af sit liv og har for nylig fået konstateret KOL. Det kniber også med benene og balancen, så han kommer ikke så meget ud som tidligere. Selv om han har prøvet at stoppe med tobakken flere gange, ryger han stadig 11-12 cigaretter dagligt. Hans kone ryger også.

Hvad skal der spørges ind til?

Mange steder bliver patienten allerede systematisk spurgt til sine livsstilsfaktorer i kontakten med sundhedsvæsenet. Det er relevant at spørge til borgerens livsstil og registrere rygning, alkoholforbrug, kost, fysisk aktivitet og i nogle tilfælde andre forhold som stoffer, mental sundhed og seksuelle problemstillinger. Disse oplysninger udgør en del af grundlaget for at vurdere, om patienten har et forebyggelsesbehov.

Hvor starter forløbet?

Et forebyggelsesforløb kan både begynde i almen praksis og i kommunen for siden at blive fulgt op af andre aktører i sundhedsvæsenet. Alle aktører bør være opmærksomme på – og velinformerede om – borgerens forebyggelsesbehov og ønsker. Borgeren skal opleve, at informationer, budskaber og sundhedspædagogiske tilgange stemmer overens, lige meget om dialogen foregår i almen praksis eller i kommunale tilbud. Det kræver fælles forståelse for opgaven og fælles tilgange til forebyggelsesarbejdet på tværs af sektorer.

Hvilke kompetencer er der behov for?

Det er vigtigt, at de professionelle i både almen praksis og kommuner:

- Kan udnytte forebyggelsespotentialer i borgerkontakten
- Kan afdække borgernes forebyggelsesbehov og motivation for forandring
- Kan vurdere, om borgeren vil have gavn af et forebyggelsestilbud
- Kan rådgive borgeren kortfattet om forebyggelsesgevinster og -muligheder
- Kender til lokale forebyggelsestilbud og kan henvise til dem

Der er i flere kommuner gode erfaringer med fælles kompetenceudvikling for praksispersonale og kommunale medarbejdere, fx Fælles Skolebænk, eller at praksispersonalet følger med kommunale medarbejdere på deres arbejde, fx til et rehabiliteringstilbud. I regi af sundhedsaftalen kan der indgås aftaler om kompetenceudvikling på tværs af kommuner og region.

Læs mere:

- KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, har udgivet rapporten *Afdækning af lægeperspektiver på Fælles Skolebænk i Region Hovedstaden*. Læs [her](#)
- Læs *Region Hovedstadens Idékatalog. Inspiration til aktiviteter, der styrker det tværsektorielle samarbejde* [her](#).

Fælles kompetenceudvikling

I forbindelse med en forstærket indsats for borgere med type 2-diabetes har man i Varde Kommune afprøvet, om Fælles Skolebænk er vejen frem til at skabe mere samarbejde. En speciale-sygeplejerske fra Sydvestjysk Sygehus underviste de kommunale sygeplejersker sammen med praksispersonalet fra almen praksis. Den fælles kompetenceudvikling gav ny viden om et fælles interesseområde på tværs af sektorerne og gjorde det muligt at drøfte og forbedre samarbejdet ud fra konkrete cases. Den kommunale praksiskonsulent gav sparring på indsatsen.

I regi af kronikerindsatsen har Region Hovedstaden holdt fælles efteruddannelse for læger fra almen praksis og sygehus, praksispersonale og kommunale medarbejdere med fokus på implementering af forløbsprogrammer, herunder patientrettet forebyggelse. Erfaringerne fra forløbet indgår i en nydannet tværsektoriel kompetenceudviklingsmodel, der bl.a. arbejder med patientuddannelse.

ANBEFALINGER

- **Almen praksis** afdækker borgerens livsstil og registrerer risikofaktorer og forebyggelsesbehov.
- **Almen praksis og kommunen** sørger for, at personalet i almen praksis og kommunale medarbejdere har kompetencer til at udnytte forebyggelsespotentialer i patient- og borgerkontakter.
- **Almen praksis og kommunen** overvejer fælles kompetenceudvikling.



Hvem skal have et forebyggelsestilbud?

Den praktiserende læge og praksispersonalet har flere gange forsøgt at motivere Albert til at holde op med at ryge, og han har også fået rygestopmedicin, men det er gået galt hver gang. Sidste gang Albert havde bronkitis, foreslog lægen, at han skulle prøve et rygestopkursus i kommunen for patienter og deres pårørende. Albert overvejede tilbuddet og talte med sin kone om det.

Hvordan vurderes forebyggelsesbehovet?

På baggrund af viden om borgerens livsstil, helbred, ressourcer, ønsker og motivation overvejer den sundhedsprofessionelle, om det er relevant at tilbyde borgeren et forebyggelsestilbud. Støtte fra pårørende og tilgængelighed til tilbud spiller ind i vurderingen af hvilket tilbud, der er relevant. Følgende borgere bør som udgangspunkt have et forebyggelsestilbud:

- Patienter, der ryger, bør have et tilbud om rygestop
- Patienter, der drikker over højrisikogrænsen (14/21 genstande pr. uge), henvises ved behov til kommunalt rådgivningstilbud, og patienter med et afhængigt alkoholforbrug henvises til et alkoholbehandlingstilbud (afhængighed testes ved brug af Audit-skema, se [her](#)).
- Patienter, der skal opereres, og som ryger eller indtager over fire genstande dagligt, har øget risiko for operationskomplikationer og bør have et forebyggelsestilbud før operation.
- Hvis patientens livsstil har betydning for det aktuelle behandlingsforløb (fx patienter i forløbsprogram), bør man give patienten et konkret forebyggelsestilbud.
- Patienter med særlige behov for støtte til sundhedsfremme og forebyggelse bør henvises til relevant tilbud med tæt opfølgning (fx transport, ledsagelse, aftalt tid).
- Øvrige patienter med forebyggelsesbehov bør oplyses om forebyggelsesmuligheder, fx om sundhedstilbud på borgerdelen af www.sundhed.dk

Nogle borgere ønsker ikke et forebyggelsestilbud, selvom de ud fra et sundhedsfagligt perspektiv kunne have gavn af det. Tilbud er frivillige for borgeren, som ved en anden lejlighed kan være motiveret for en indsats.

Hvilken sundhedspædagogisk tilgang?

Når man arbejder med forebyggelse, er det afgørende at anerkende patientens livssituation og involvere patienten i de beslutninger, der skal træffes. Både i almen praksis og

i kommunen bør man være lydhør over for borgerens synspunkter og værdier og føre en samtale, der fremmer patientens egne ressourcer, refleksion, handlekompetence og muligheder for at træffe informerede valg. Anerkendende samtale er vigtig for at motivere borgeren til ændringer – og til at sætte konkrete mål for egen sundhed. Det er afgørende for succes, at målene er borgerens egne og ikke sundhedsvæsenets. Undersøgelser peger på, at blot det at spørge til borgerens livsstil og oplyse om forebyggelsesmuligheder har en motiverende effekt.

En anerkendende samtale

I løbet af en anerkendende samtale udforsker den sundhedsprofessionelle ved hjælp af åbne spørgsmål borgerens grunde til at handle, som vedkommende gør. Samtalen giver borgeren mere viden om sin egen sundhed og ønsker og barrierer for forandring i relation til sundhed. Fx hvorfor ryger jeg? Vil jeg gerne holde op? Hvad gør det svært at holde op? Hvad skal der til for, at jeg kan holde op? På den måde bliver borgeren tilskyndet til at forholde sig bevidst og aktivt til eget liv og de valg, der evt. skal træffes. En anerkendende samtale tager udgangspunkt i, hvad borgeren selv er optaget af i forhold til egen sundhed og sit liv.

Eksempler på anerkendende spørgsmål:

- Hvad har gjort, at du har truffet den beslutning...? (om at stoppe med at ryge/ikke stoppe med at ryge)
- Hvilke fordele/ulempes er det ved at ...? (stoppe med at ryge/blive ved med at ryge)
- Hvad skal der til for, at det kommer til at gå godt...? (med dit rygestop)
- Hvem kan støtte dig...? (i at holde op med at ryge/når det bliver svært)

ANBEFALINGER

- **Almen praksis og kommunen** styrker borgerens motivation for sund livsstil og støtter borgeren i at formulere egne mål og ønsker til forandring.
- **Almen praksis** laver en samlet vurdering af, om borgeren skal henvises til et forebyggelsestilbud.



Hvilke forebyggelsestilbud er der?

32-årige Mzuri er moderat overvægtig med disposition for diabetes. Han har åndenød og ondt i knæene, når han dyrker sport, og vil gerne tabe sig. Han har samtidig et betydeligt alkoholforbrug. Lægen orienterer sig om relevante tilbud i Mzuris kommune på www.sundhed.dk/soft og finder et tilbud om alkoholrådgivning og et gruppeforløb med henblik på vægttab.

Hvor får man overblik over forebyggelsestilbud?

På portalen www.sundhed.dk findes en fælles indgang, SOFT, der giver et overblik over alle kommuner og regioners sundheds- og forebyggelsestilbud. SOFT er en forkortelse for sundheds – og forebyggelsestilbud.

Beskrivelse af tilbuddene på www.sundhed.dk/soft

KL og sundhed.dk har indgået en aftale om, at kommunerne beskriver deres sundheds- og forebyggelsestilbud efter en fast indholdsskabelon og holder beskrivelserne opdateret på www.sundhed.dk/soft. Specielt er det vigtigt at synliggøre, hvis et tilbud er tidsbegrænset, fx i forbindelse med et projekt. Der er aftalt en særlig indholdsskabelon til SOFT.

For at synliggøre kvaliteten kan det være hensigtsmæssigt at anføre vidensgrundlaget for de kommunale forebyggelsestilbud på SOFT fx under punktet ”dokumentation” i SOFT-skabelonen. Dvs. hvilken viden tilbuddet metodisk bygger på, fx at det er tilrettelagt efter nationale udmeldinger og anbefalinger. Kommunen kan inddrage praksiskonsulenter i tilrettelæggelse og beskrivelse af forebyggelsestilbuddene.

Se de kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud (SOFT) på www.sundhed.dk/soft

Justering i fællesskab

Kommunen og almen praksis bør jævnligt drøfte de eksisterende forebyggelsestilbud og sammenholde dem med efterspørgsel og borgernes behov. Formålet er at få svar på:

- Er det de rette tilbud, vi har til borgerne?
- Er det de rigtige borgere, der bliver henvist til tilbuddene?
- Er tilbuddene tilstrækkeligt fleksible til at imødekomme borgernes behov og ressourcer?

Borger- og patientorganisationer kan med fordel inddrages i disse drøftelser for at sikre et brugerperspektiv.

Kvalitet i forebyggelsestilbud

Rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost spiller en afgørende rolle for borgernes sundhed, og de fleste kommuner har forebyggelsestilbud på disse områder eller har indgået partnerskab med andre, fx private aktører, om tilbud på området.

Både typen og kvaliteten af tilbuddene bør leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger og anden faglig vejledning på området. Kvalitet kan fx være fælles mål og metoder, synligt vidensgrundlag, kompetencer hos personalet, dokumentation af indsatsen og måling af patienttilfredshed. Læs mere i fx Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker og anbefalinger vedr. kronisk sygdom på www.sst.dk samt i de regionale forløbsprogrammer.

Tilbuddene bør have tilstrækkelig kapacitet og differentiering, så der er relevante tilbud tilgængelige for borgere med forskellige behov, herunder tilbud uden for arbejdstiden. Nogle borgere vil blot have brug for oplysning og hjælp til selvhjælp, andre har behov for ordinære forebyggelsestilbud, mens andre igen har brug for særligt tilrettelagte tilbud. Det kan fx være borgere med sindslidelser, nedsat funktionsevne, anden etnisk baggrund end dansk eller komplekse, fx sociale problemstillinger, dvs. borgere med behov for forløbskoordination og individuel støtte. Flere kommuner kan gå sammen om at etablere målrettede tilbud til borgere med særlige behov.

ANBEFALINGER

- **Almen praksis** bruger SOFT på www.sundhed.dk/soft til at få overblik over lokale forebyggelsestilbud.
- **Kommunen** præsenterer og opdaterer forebyggelsestilbud på SOFT-portalen og gør opmærksom på målgruppe, vidensgrundlag og evt. tidsbegrænsning af tilbuddene.
- **Kommunen** bruger Sundhedsstyrelsens faglige udmeldinger og de regionale forløbsprogrammer til at kvalitetssikre de kommunale forebyggelsestilbud.
- **Kommunen** inddrager praksiskonsulenter og brugerorganisationer i tilrettelæggelse, justering og beskrivelse af de kommunale tilbud.



Henvisning til kommunalt tilbud

Lægen spørger til Mzuris motivation for forandring af livsstil og sikrer sig, at Mzuri reelt ønsker et forebyggelsestilbud. Lægen sender en henvisning til kommunen via MedCom og inkluderer Mzuris KRAM-faktorer. Få dage senere modtager Mzuri en invitation til en indledende samtale i det lokale sundhedscenter.

Hvordan henviser lægen elektronisk?

Henvisning til kommunalt tilbud er en mulighed, som den praktiserende læge kan benytte, når det er relevant. I andre tilfælde kan det være hensigtsmæssigt, at forebyggelsesindsatser foregår i almen praksis. Henvisninger til kommunen kan med fordel være elektroniske og bør indeholde alle oplysninger, der er relevante for borgerens forløb, herunder stratificeringsovervejelser i forhold til særlige behov hos borgeren.

Henvisningshotellet MedCom understøtter den elektroniske henvisning til mange forebyggelsestilbud og gør det muligt for almen praksis at sende henvisninger til alle kommuner – også de, der endnu ikke har et modtagesystem. Læs mere i folderen “Velkommen til Henvisningshotellet – til lægepraksis, hospitaler og kommuner”, [her](#). Ved brug af MedCom får almen praksis automatisk en tilbagemelding, når henvisningen er modtaget i kommunen.

God elektronisk kommunikation

Kommunen og de lokale praktiserende læger kan vedtage rammeaftale om e-kommunikation mellem parterne, herunder om at kommunens forebyggelses- og genoptræningstilbud præsenteres på en overskuelig måde på www.sundhed.dk eller den regionale informationsportal. Se rammeaftalen [her](#).

Kommunernes Landsforening (KL) har i samarbejde med Lægeforeningen og Sundhedsstyrelsen beskrevet en række tiltag, der kan forbedre den elektroniske kommunikation, når det drejer sig om rehabiliteringstilbud til patienter med KOL, diabetes og hjerte-kar-sygdomme. Læs mere på www.kl.dk og i artiklen “Elektronisk kommunikation ved henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud”, der også leder videre til yderligere materiale om emnet. Se artiklen [her](#).

Én kommunal indgang

Det er nemmere og mere sikkert, at almen praksis kun skal sende meddelelser og henvisninger til ét sted (lokationsnummer) i kommunen. Kommunen har på den måde én fælles kommunikationsindgang til alle henvendelser fra almen praksis, der bl.a. dækker kommunale forebyggelses- og træningsenheder. Dermed undgår kommunen også at skulle sende en henvisning, der er blevet sendt forkert, tilbage til lægen.

På samme måde kan det være en fordel, at der kun er én telefonisk indgang med ét telefonnummer til forebyggelsestilbud i kommunen. I nogle kommuner har man udnævnt en særlig kontaktperson, som almen praksis kan henvende sig til.

Der kan være grunde til, at én kommunal adgang ikke kan lade sig gøre, fx i store kommuner. Under alle omstændigheder bør henvisningsstrukturen være så enkle som muligt. Borgeren kan også selv henvende sig i de kommunale tilbud for at få oplysninger, rådgivning og evt. et forebyggelsestilbud.

Én indgang til diabetestilbud

I Fredericia Kommune er der én indgang til forebyggelsestilbud på diabetesområdet. Indgangen går via den kommunale diabeteskoordinator, uanset om der henvises til diabetes-skole på sygehuset eller til diabetesrehabilitering i kommunen. Hvis den praktiserende læge er i tvivl om det rette tilbud, fremgår det af henvisningen, at der ønskes en sundhedssamtale med borgeren. Dette forenkler samarbejdet mellem praktiserende læge, sygehuset og kommunen.

Indledende kommunal samtale

Det gør forløbet mere effektivt, hvis der er aftaler om, at kommunen efter en intern afklaring kan tilbyde borgeren et andet eller mere relevant tilbud, uden at henvisningen skal laves om af lægen. Hvis kommunen benytter en sådan kommunal visitationskompetence, bør lægen orienteres om, hvilket tilbud borgeren rent faktisk får tilbudt.

Flere kommuner har succes med at tilbyde borgeren en fælles indledende samtale – uanset hvilket forebyggelsestilbud borgeren er henvist til. Under samtalen bliver borgerens motivation, forventninger og evt. særlige behov til tilbuddet afklaret.

Visiterende samtale og borgerinddragelse

I Helsingør Kommune indkalder kommunen borgeren til en indledende samtale med en sundhedsfaglig person, når borgeren er blevet henvist til rehabilitering fra sin læge. Afhængig af borgerens ressourcer, behov og motivation sammensætter fagpersonen og borgeren i fællesskab en handlingsplan, og de opstiller mål for rehabiliteringsforløbet. Efter endt forløb bliver borgeren indkaldt til en afsluttende samtale, hvor der bliver fulgt op på, om målene er opnået og på fastholdelse af resultater.

I Esbjerg Kommune har kommunen i samarbejde med den lokale afdeling af PLO (Praktiserende Lægers Organisation) og det kommunalt-lægelige udvalg fået indarbejdet en henvisningsprocedure, der gør kommunikationen lettere for alle parter. Hvis borgeren er motiveret, og den praktiserende læge vurderer, at der er et behov for patientuddannelse, sender lægen en elektronisk henvisning til sundhedscenteret. I sundhedscenteret tager fagprofessionelle sig af at afdække borgerens behov og ressourcer. Både læger og kommunale medarbejdere oplever, at systemet, hvor borgerne inddrages, sikrer den rette indsats.

Informeret samtykke

Reglerne, der regulerer videregivelse af oplysninger mellem sundhedspersoner, står i sundhedsloven § 41 og § 42. Disse regler betyder, at praktiserende læger som led i et aktuelt behandlingsforløb og under hensyntagen til patientens interesse og behov kan viderebringe helbredsoplysninger til kommunale autoriserede sundhedspersoner uden patientens samtykke. Dvs. at hvis patienten indvilger i at blive henvist til et kommunalt tilbud som led i sin behandling, behøver lægen ikke eksplicit samtykke for at sende relevante helbredsoplysninger til sundhedspersoner i kommunen. Patienten kan dog frabede sig, at oplysningerne videregives.

Hvis der er tale om videregivelse af helbredsoplysninger fra lægen til kommunale medarbejdere, der ikke er autoriserede sundhedspersoner i kommunen, skal der altid foreligge samtykke, enten mundtligt eller skriftligt. Samtykke skal registreres i patientjournalen.

Når kommunale autoriserede sundhedspersoner sender orientering til egen læge vedr. en borgers helbredsforhold (fx efter afsluttet forebyggelsesforløb), kan det på samme vis foregå uden eksplicit samtykke, hvis det sker som led i et aktuelt behandlingsforløb, hvor den praktiserende læge fx forventes at følge op.

Kommunale medarbejdere, som ikke er autoriserede sundhedspersoner, skal indhente samtykke (mundtligt eller skriftligt) ved fremsendelse af helbredsoplysninger til den praktiserende læge.

ANBEFALINGER

- **Almen praksis og kommunen** indhenter i relevante tilfælde samtykke fra patienten til videregivelse af helbredsoplysninger og registrerer det i journalen.
- **Almen praksis** anvender MedCom-henvisning til kommunen og medsender relevante informationer om livsstilsfaktorer.
- **Kommunen** tilstræber én kommunal indgang til forebyggelsestilbud.
- **Kommunen** orienterer almen praksis ved visitation til andet/yderligere tilbud end det, der er henvist til.
- **Kommunen** sender kvittering til almen praksis for modtagelse af henvisning til forebyggelsestilbud.



Afslutningen af forebyggelsesforløbet

Alkoholbehandlings- og sundhedscenteret orienterer lægen om Mzuris og Alberts forløb og resultater i forbindelse med afslutningen af deres forebyggelsestilbud. Albert har fået mere luft og energi efter rygestop. Et vægttab har resulteret i, at Mzuri kan deltage i sport uden at få åndenød og smerter. Kommunen beder i sin slutstatus lægen om at følge op på Mzuris medicinske alkoholbehandling og det samtaleforløb, som er startet i behandlingscenteret.

Tilbage melding fra kommunen

Når borgeren har afsluttet forebyggelsestilbuddet, er det hensigtsmæssigt, at kommunen sender en elektronisk meddelelse til borgerens praktiserende læge med en kort beskrivelse af forløb, udbytte og behov for opfølgning hos den praktiserende læge. Borgeren bør inddrages ved udarbejdelse af slutstatus.

Slutstatus til almen praksis og borgeren

I Favrskov Kommune sender sundhedscenteret, med borgerens samtykke, rutinemæssigt en status til den praktiserende læge efter endt sundhedskursus (sygdomsspecifikt tilbud). Af denne status fremgår det, hvilket tilbud borgeren har deltaget i og med hvilket mål og udbytte. Eventuelle testresultater bliver anført sammen med en plan for fastholdelse og opfølgning. Kommunen har lavet en skabelon, som gør det nemt at sende oplysningerne, og skabelonen er ens i klyngen af kommuner rundt om Regionshospitalet Randers. Borgeren får også en kopi af status.

ANBEFALINGER

- **Kommunen** sender slutstatus til almen praksis, med bl.a. oplysninger om udbytte og evt. behov for opfølgning, når borgeren ophører med forebyggelsestilbuddet.

VEJE TIL DET GODE SAMARBEJDE

Rammer for godt samarbejde

Der er en række aftaler, planer, fora og funktioner, som kan danne fundamentet for det gode samarbejde mellem almen praksis og kommunen.

Sundhedsaftaler

Den overordnede ramme for samarbejdet mellem kommunen, almen praksis og sygehusene bliver fastlagt i sundhedsaftalen for hver enkelt region (Jf. Sundhedsstyrelsens Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler [link](#)). Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår sundhedsaftalen, der skal sikre sammenhæng og kvalitet i tværsektorielle patientforløb, herunder forebyggelsesforløb.

Sundhedsaftalerne bidrager til at sikre:

- Et koordineret samarbejde mellem almen praksis og kommunen
- Større ensartethed på tværs af kommuner i de tværsektorielle forløb og tilbud, herunder arbejdsdeling, videndeling, kommunikation, dokumentation og samarbejde.

Når det gælder forebyggelse, som er et obligatorisk indsatsområde, er formålet med sundhedsaftalen, at alle borgere, som har behov for og ønsker det, bliver tilbudt et sammenhængende, effektivt, tilgængeligt og målrettet forløb.

Skøn for henvisninger i sundhedsaftalen

Region Nordjylland har i deres sundhedsaftale med kommunerne lavet realistiske årlige skøn for, hvor stor en andel af borgere med forskellige risikoadfærd, almen praksis og sygehusene vil henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Fx forventes det, at 2 % af borgere, der ryger eller har risikoadfærd inden for alkohol, bliver henvist til kommunale tilbud i 2018.

Fælles Gods

I Region Hovedstaden har otte nordsjællandske kommuner, Nordsjællands Hospital og almen praksis dannet en arbejdsgruppe kaldet "Fælles Gods", som er nedsat af regionens samordningsudvalg. Denne arbejdsgruppe arbejder bl.a. med implementering af forløbsprogrammer og anbefalinger vedr. implementering af disse. Gruppens arbejde er bl.a. med til at skabe samarbejde mellem almen praksis og kommunerne.

Praksisplaner

I sundhedsaftalerne bliver almen praksis' rolle i det tværsektorielle samarbejde beskrevet, mens rammen for de opgaver, som almen praksis skal løse, bliver defineret i praksisplanen for almen praksis. Praksisplanen er med andre ord den ramme, der sikrer sundhedsaftalernes gennemførelse i forhold til almen praksis. Ud over de opgaver, som bliver fastlagt i sundhedsaftalen, kan der være behov for at indgå supplerende aftaler mellem almen praksis og kommunerne om samarbejdet omkring særlige patientgrupper.

I de tilfælde, hvor der er brug for egentlig forpligtende aftaler ud over overenskomstens rammer, kan et enigt kommunalt-lægeligt udvalg sende aftaleudkast til praksisplanudvalget for at få udformet en lokalaftale og få aftalen indarbejdet i praksisplanen. Lokale aftaler, der forpligter de praktiserende læger ud over overenskomsten, kan alene indgås mellem de regionale afdelinger af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og kommune(r)/region.

Honorering af almen praksis

Når kommunerne planlægger møder og arrangementer med praktiserende læger og praksispersonale, bør de være opmærksomme på, at der bør afsættes midler til honorering af disse.

Honoreret mødedeltagelse

For at styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunale medarbejdere betaler Allerød Kommune for praktiserende lægers deltagelse i to årlige lægemøder. Derudover afholdes praksispersonalemøder ad hoc, hvor kommunen honorerer praksispersonalet for at deltage. Endelig bliver de praktiserende læger betalt for at deltage i tre årlige møder i det kommunalt-lægelige udvalg.

Kommunalt-lægelige udvalg (KLU)

Kommunen skal i samarbejde med de praktiserende læger nedsætte et kommunalt-lægeligt udvalg (KLU). Arbejdet i udvalget skal være med til at styrke dialogen og samarbejdet mellem lægerne og kommunen og sikre, at de aftalte indsatsområder i overenskomst, forløbsprogrammer og sundhedsaftaler bliver implementeret. Udvalget kan lave vejledende retningslinjer inden for relevante samarbejdsområder, fx på forebyggelsesområdet, for at sikre, at indsatsen over for den enkelte borger bliver så effektiv som mulig.

Det er oplagt at drøfte forebyggelse i de kommunalt-lægelige udvalg. Relevante emner kan fx være:

- Kapacitet, kvalitet og tilgængelighed i kommunens forebyggelsestilbud
- Målgrupper for tilbuddene
- Henvisekriterier, -procedurer og tilbagemeldinger
- Hvilke tilbud, ud over de eksisterende, der kunne være brug for
- Særlige initiativer og fælles indsatser, fx tidlig opsporing af patienter med kronisk sygdom
- Fælles dimensionering. Fx kan man (bl.a. med udgangspunkt i den lokale sundhedsprofil) lave et fælles skøn for, hvor mange borgere man forventer henvist til kommunens forebyggelsestilbud.

Se Praktiserende Lægers Organisations overenskomsttekst vedr. kommunalt-lægelige udvalg [her](#) og vejledning om opgaver i kommunalt-lægelige udvalg [her](#) Se Kommunernes Landsforenings notat om organisering af kommunalt-lægelige udvalg [her](#) og deres Strategi for samarbejdet med almen praksis [her](#).

Forebyggelse på dagsordenen i KLU

I Odsherred Kommune er forebyggelse jævnligt på dagsorden ved møder i det kommunalt-lægelige udvalg. Man drøfter bl.a. nye tilbud og indsatser, lokationsnumre, SOFT, og kommunen præsenterer deres patientuddannelsesstilbud.

Caféarrangement med dialog

I Varde Kommune har det kommunalt-lægelige udvalg drøftet, hvordan samarbejdet mellem almen praksis og kommunens sundhedsfaglige medarbejdere kan styrkes. Resultatet blev, at der én til to gange om året afholdes caféarrangementer med et fælles fagligt oplæg og efterfølgende mulighed for dialog. Ved cafébordene har lægerne fra almen praksis mulighed for at høre mere om kommunens mange tilbud, ligesom relationer og kommunikation styrkes blot ved at få sat ansigt på hinanden. Det er erfaringen fra Varde, at dialogen og den personlige kontakt styrker samarbejdet, letter henvisningen og giver bedre forløb for borgerne.

Kommunal interessegruppe under KLU

Varde Kommune har nedsat en tværfaglig interessegruppe med deltagelse af kommunale nøglepersoner fra sundhedsområdet, den kommunale praksiskonsulent samt formanden for det kommunalt-lægelige udvalg (KLU). Møderne i interessegruppen ligger forud for KLU-møderne. Formålet er at dagsordensætte og forberede punkter til KLU-møderne. Møderne i interessegruppen giver også mulighed for at følge op på aftaler, som bliver indgået i regi af KLU. Forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering er tilbagevendende punkter på dagsordenen, der giver gruppen mulighed for at drøfte konkrete faglige problemstillinger.

Fælles kampagneindsats

Det kommunalt-lægelige udvalg i Favrskov Kommune vedtog at støtte den nationale uge 40 alkoholkampagne med fokus på tidlig opsporing af alkoholproblemer. Der blev annonceret i lokalpressen over tre uger med tilbud om en forebyggende samtale om alkohol hos egen læge eller i det kommunale rusmiddelcenter. Foldere med et test-dig-selv-skema blev placeret i kommunens kultur- og sundhedscenter, på jobcenteret og i lægernes venteværelse. Den kommunale alkoholrådgivning oplevede, at flere borgere end sædvanligt henvendte sig efter indsatsen for at få rådgivning.

KLU bestiller samarbejdsaftaler

Det kommunalt-lægelige udvalg i Lolland Kommune bestiller og godkender samarbejdsaftaler, som indgås mellem en kommunal fagsektor og almen praksis for at synliggøre samarbejdsflader og arbejdsdeling. Kommunen udarbejder aftalen i samarbejde med en lægerepræsentant. Fx er der lavet en samarbejdsaftale om "den gode underretning", hvilket har lettet arbejdsgangen hos begge parter og smidiggjort sagsbehandlingsprocessen.

Kommunale praksiskonsulenter

Samarbejdet med kommunale praksiskonsulenter er afgørende for det gode samarbejde mellem almen praksis og kommunen. Kommunale praksiskonsulenter er ansat af kommunen til at styrke det tværgående arbejde og informationsudvekslingen mellem kommunen og almen praksis. Den kommunale praksiskonsulent kan også følge op på implementering af sundhedspolitiske indsatsområder og løsning af konkrete problemstillinger. Der er fx gode erfaringer med at inddrage praksiskonsulenter i tilrettelæggelse af kommunale forebyggelsestilbud og som formidlere af information til almen praksis om ændringer og nyskabelse i forebyggelsestilbuddene.

77 procent af kommunerne har ansat en eller flere praksiskonsulenter – typisk i få timer om ugen (KL 2014). Ofte deltager praksiskonsulenten i de kommunalt-lægelige udvalgsmøder, som kan være med til at sætte retning for praksiskonsulentens arbejde og strategiske rammer for, hvordan samarbejdet mellem almen praksis og kommunen lokalt bør udvikle sig, herunder på forebyggelsesområdet.

Se Praktiserende Læger Organisations og Kommunernes Landsforenings fælles kortlægning af den kommunale praksiskonsulentordning [her](#).

Der er gode erfaringer med regionale netværk for praksiskonsulenter på tværs af kommuner. Her kan praksiskonsulenterne dele viden og gode løsninger – også via internettet. Netværkene bliver typisk ledet af en praksiskoordinator, som er ansat af regionen.

Praksiskonsulenter i Holstebro

I Holstebro Kommune er der ansat fire praksiskonsulenter på hhv. ældreområdet/rehabilitering, sundhedscenter, arbejdsmarked og psykiatri, børn og unge. Organisationen holder møder ad hoc og har derudover fastlagt to årlige møder med relevante kommunale chefer og to årlige møder med direktionen i kommunen. På møderne drøfter deltagerne emner som fx samarbejde og gensidig information. Forebyggelse bliver drøftet, når det er relevant. Praksiskonsulenterne holder møder med hinanden med henblik på at optimere erfaringer og planlægge samarbejdet generelt.

Netværk for kommunale praksiskonsulenter

Region Syddanmark har en fælles praksiskonsulentordning (PKO) for sygehuse, kommuner og almen praksis. På møderne deler deltagerne viden på tværs af kommuner og sparrer om de kommunale praksiskonsulenters opgaver. Ved det årlige fællesmøde med kommunale nøglepersoner bliver der også delt gode eksempler på samarbejde mellem kommune og almen praksis, og praksiskonsulenterne har løbende mail-kontakt. Kommunerne har udpeget en kommunal praksiskonsulent til at indgå i den regionale PKO-gruppe for at bidrage med kommune-praksis-perspektivet og for at være brobygger og videnformidler til de kommunale praksiskonsulenter. Se mere [her](#).

I Region Hovedstaden holder de kommunale praksiskonsulenter fire årlige netværksmøder i skiftende kommunale sundhedscentre. Her drøfter man bl.a. standardisering af henvisningsprocedurer til kommunale forebyggelsestilbud og håndtering af patienter med kronisk sygdom. Der er et ønske om at fokusere mere på tilbud til socialt udsatte borgere. Netværket koordineres af en regionalt ansat praksiskoordinator.

Formidling af kommunale tilbud

Der er gode erfaringer i flere kommuner med forskellige måder at formidle forebyggelsestilbud på til almen praksis og til borgerne.

Gensidige besøg, “roadshow”

I Varde Kommune arbejdes der målrettet på at styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunen. I KLU-regi er det aftalt, at Varde Kommune inviterer sig selv på besøg hos de praktiserende læger. Der er derfor lavet en besøgsrunde, hvor ledere og nøglemedarbejdere fra forskellige områder (fx sygepleje, visitation, sundhedspleje, PPR og jobcenter) tager rundt enkeltvis og besøger de forskellige praksis i kommunen. Hvert lægehus får besøg to til tre gange årligt, og hver gang med et nyt tema. Ved besøgene bliver der fortalt om kommunens tilbud og informeret om, hvordan lægerne kan bruge og henvise til tilbuddene. Besøgene er blevet vel modtaget af lægerne, som selv kommer med ønsker til, hvem de gerne vil have ud på besøgsrunde de næste gange.

Se artikel om roadshow i e-Practicus [her](#)

I Kolding Kommune har kommunale medarbejdere besøgt hver enkelt almen praksis for at fortælle om de kommunale tilbud, fx den lokale diabetesskole, ligesom de har informeret om forebyggelsestilbud i elektroniske nyhedsbreve, i lokalavisen og via mails til lægerne. Praksispersonalet har også været inviteret på besøg i de kommunale tilbud.

Undervisning i almen praksis

Et større lægehus i Faxe Kommune inviterer jævnligt kommunale medarbejdere til at fortælle om deres fagområde og tilbud ved den ugentlige ½ times undervisning for læger og praksispersonale i huset.

Velkomstpakke til praktiserende læger

Region Sjælland har udviklet en elektronisk velkomstpakke til nyansatte praktiserende læger. Velkomstpakken skal hjælpe nye læger bedst muligt i gang, og den indeholder bl.a. information om praksisrelaterede udfordringer og aktiviteter. Kommunale tilbud er inddraget i form af henvisninger til SOFT på www.sundhed.dk, men også med information om målrettede tilbud i de nærliggende kommuner.

Brøndby Kommune holder informationsmøder hvert halve år for uddannelseslæger og nye læger i kommunen. Møderne foregår på rådhuset, og her informeres om kommunale tilbud, rehabilitering m.m.

KOL-caféer

Halsnæs Kommune afholder i samarbejde med Frederikssund Kommune, Nordsjællands Hospital - Frederikssund og Danmarks Lungeforening tre årlige KOL-caféer. Almen praksis har også deltaget i opstartsfasen. Caféerne sender et signal til borgerne om, at alle parter i sundhedsvæsenet samarbejder og fremstår som en samlet enhed.

ANBEFALINGER

- **Almen praksis og kommunen** bruger sundhedsaftale, praksisplan og det kommunalt-lægelige udvalg til at sikre gode rammer og aftaler for forebyggelsessamarbejdet.
- **Almen praksis og kommunen** sikrer, at det kommunalt-lægelige udvalg drøfter forebyggelsesopgaver og samarbejdet om forebyggelse.
- **Almen praksis og kommunen** gør brug af kommunale praksiskonsulenter i forebyggelsessamarbejdet mellem almen praksis og kommunen.
- **Almen praksis og kommunen** overvejer at lave et netværk for kommunale praksiskonsulenter i samarbejde med regionen og sætter forebyggelse på netværkets dagsorden.

Kendetegn ved det gode samarbejde

Relationer og tillid

Forskning i sundhedsvæsenet viser, at fundamentet for gode relationer er fælles mål, fælles sprog, viden, gensidig respekt og tillid. Helt konkret betyder det, at parterne kommunikerer regelmæssigt, rettidigt og præcist. Den gode kommunikation er også konstruktiv, så man taler sig til rette og finder en fælles løsning på eventuelle problemer.

Gensidig respekt for hinandens faglighed, tid og arbejdsmåder, herunder for almen praksis som privat virksomhed, er en vigtig forudsætning for samarbejdet.

Det er en god idé med jævne mellemrum at reflektere over og evaluere det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse for at undersøge mulighederne for forbedring, jf. opfølgning på sundhedsaftalen. Man kan fx drøfte samarbejdet med udgangspunkt i konkrete patientforløb, så parterne kan opnå ny viden og højne kvaliteten. I nogle tilfælde kan man bygge videre på gode samarbejdsrelationer på andre fagområder.

Fælles temadag

Holstebro Kommune afholdt en fælles temadag for alle ansatte i kommunen og ansatte i almen praksis. Der var boder med information, velkomsttale og indlæg med relevante politikere, direktører og chefer fra forskellige afdelinger i kommunen og de praktiserende læger. Der var fællesspisning både til frokost og aften. Det var muligt at deltage enten en halv eller en hel dag. Formålet med temadagen var at styrke forståelsen mellem de forskellige faggrupper og forsøge at aflive myter og fordomme. Det var en særdeles udbytterig dag, som alle deltagere bagefter roste meget.

Navn på hinanden

Tillid og gode relationer mellem almen praksis og Varde Kommune smitter af på samarbejdet om borgere, der har behov for forebyggelsesindsatser. Fordi parterne kender hinandens navne og omtaler hinanden som samarbejdspartnere, giver det borgerne en oplevelse af tryghed og sammenhæng i deres forebyggelsesforløb. Det har også betydning for den vejledning og de tilbud, som borgerne får, da det er nemmere for både lægerne og kommunens sundhedsfaglige medarbejdere at henvise til hinanden, når der er tillid og en tro på, at kvaliteten af det, som "de andre" kan tilbyde borgeren, er høj.

Praktiserende læger møder kommunalpolitikere

Hørsholm Kommune har planlagt en mikrokonference med deltagelse af almen praksis og lokalpolitikere. Formålet er at drøfte bl.a. samarbejdsmuligheder på forebyggelsesområdet, fx implementering af forebyggelsespakker og -kampagner.

Hjemmeside og brobygger i sundhedscenter

Frederiksberg Kommune har i Frederiksberg Sundhedscenter ansat en konsulent, som har til opgave at optimere samarbejdet med almen praksis og bl.a. tage på besøg i de enkelte praksis. Kommunen har også lavet en hjemmeside målrettet de praktiserende læger [se her](#).

Kommunikation

Når almen praksis medsender relevante helbredsoplysninger til kommunen – eller kommunen melder tilbage til almen praksis, bliver det nemmere at skabe løbende, god kommunikation på tværs af sektorerne. Kommunikationen bliver lettere, når de aftalte it-redskaber til kommunikation samt hjemmesider (fx MedCom henvisninger og SOFT på www.sundhed.dk) bliver anvendt. Dermed bliver de kommunale forebyggelsestilbud udnyttet optimalt.

Navn, titel og kontaktoplysninger på den sundhedsprofessionelle kan med fordel angives ved kommunikation mellem parterne, så det er muligt at vende tilbage ved behov.

It-kommunikation mellem almen praksis og kommunen er stadig en udfordring. Der er fortsat behov for udvikling i samarbejde med relevante parter på området. Aftaler om sundheds-it, der bl.a. understøtter forebyggelsesområdet er en del af sundhedsaftalen mellem kommuner og region.

Ensartet kvalitet

Mange praktiserende læger har patienter fra flere kommuner og skal forholde sig til forskellige tilbud, kontaktpersoner og varierende krav til kommunikation og dokumentation med samarbejdsparter i forskellige kommuner. Omvendt har kommunen ofte borgere, der har praktiserende læge i tilgrænsende kommuner. Bl.a. derfor udarbejdes der nu kun én sundhedsaftale pr. region, og det må forventes, at kommunerne på denne måde får ensartede tilbud inden for regionen. Jo mere ens tilbuddene er på tværs af kommunerne, og jo mere standardiseret kommunikationen er mellem almen praksis og kommunerne, desto nemmere bliver samarbejdet for alle parter. Det bliver ligeledes lettere at sammenligne ydelser og sikre ensartet og høj kvalitet landet over til gavn for borgerne.

Borgerperspektivet

Når sundhedsvæsenet skal udvikle og sikre sammenhængende forløb til borgere med forskellige behov, er det vigtigt at tage udgangspunkt i borgerens situation og perspektiv. Hvor befinder borgeren sig? Med hvilken viden og hvilken forståelse af egen situation? Hvilke muligheder og løsninger kan borgeren selv se eller få indsigt i?

Differentierede, målrettede forløb og tilbud kan kun tilrettelægges i samarbejde med borgeren. Det er afgørende at finde en god balance mellem at følge faglige standarder og samtidig at tage afsæt i den enkelte borgers individuelle behov, ressourcer og livssituation. En borger med særlige behov kan evt. deltage i gruppeundervisning med støtte fra en underviser, en pårørende eller en anden støtteperson. Muligvis kan undervisningen tilrettelægges i mindre grupper eller som individuelt forløb.

Erfaringer viser, at tidlig identifikation af og særlig støtte til borgere med komplekse problemstillinger er afgørende for et godt resultat. For borgere med særlige behov er det ligeledes afgørende, at forskellige sektorer samarbejder på tværs, fordi denne borgergruppe fx kan have vanskeligt ved at prioritere og følge flere indsatser samtidigt.

ANBEFALINGER

- **Almen praksis og kommunen** gør det nemt at komme i kontakt med hinanden.
- **Almen praksis og kommunen** laver aftale om regelmæssigt at drøfte samarbejde og udviklingsmuligheder på forebyggelsesområdet, fx årligt i regi af KLU. Drøftelserne kan tage udgangspunkt i konkrete forebyggelsesforløb.
- **Almen praksis og kommunen** inddrager bruger- og pårørendeperspektiver både i den overordnede prioritering og planlægning af forebyggelsesindsatser, og når det gælder tilrettelæggelsen af forebyggelsesforløb for den enkelte.

www.sst.dk