

Praksisfællesskab i sårbart område

**- erfaring fra indsats til at imødegå ulighed i sundhed i Region
Hovedstaden 2009-2012**

Praksisfællesskab Brøndby Strand

Indledning	3
Baggrund.....	3
Projekt Praksisfællesskab Brøndby Strand.....	5
Rekrutteringsindsats	5
Hvad er der sket?	6
Mentorordning.....	7
Mentorordning for nynedsatte praktiserende læger	8
Mentorordning for etablerede praktiserende læger	8
Evaluering.....	9
Hvad lærte vi af de etablerede praktiserende læger?	9
Hva´ ka´ du gøre i fht det enkelte patientforløb ?	10
Hva´ ka´ du selv gøre for at forbedre den professionelle samarbejdsrelation ?.....	12
Hva´ skal vi ha´ hjælp til fra faglige organisationer, administratorer, beslutningstagere, forskere osv ?	13
Opsamling og særlige opmærksomhedspunkter	14
Sårbarhedsmanagerfunktion.....	15
Hvad er der sket?	16
Det samlede projekts lærings- og opmærksomhedspunkter	16
Fastholdelse og rekruttering	16
Mentorordning	17
Sårbarhedsmanagerfunktion	17
Samlet konklusion.....	18
Hvordan videre og med hvad?.....	19
Litteratur	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.

Indledning

Denne afrapportering har til hensigt at opsamle nogle af de erfaringer, som er indhentet i forbindelse med en indsats i sårbare områder i Region Hovedstaden. Rapportens målgruppe er implementeringsgruppen for praksisplanen og styregruppen for KAP-H¹, som bl.a. har til opdrag at godkende fremtidige indsatser. Aktuelle emne er godkendt i Samarbejdsudvalget for almen praksis som eksempel på tema, der fremover skal arbejdes videre med (bilag 1*). Rapporten er udarbejdet af kvalitets- og efteruddannelseskonsulent Lise Dyhr i sparring med Koncern Praksis. Rapportens anbefalinger er drøftet og godkendt i baggrundsgruppen (Brøndby Kommune dog kun hvad angår delprojekt 1 og 3). Anbefalingerne er styrket ved at sammenholde disse med anden dokumenteret viden, hvor muligt.

Emnet er vigtigt, idet det har en tæt relation til temaet "Ulighed i sundhed" som med rette har stor politisk bevågenhed. Bl.a. har Sundhedsstyrelsen i en nylig udgiven rapport påpeget en væsentlig social gradient i såvel adgang til behandling, diagnostik og outcome (Sundhedsstyrelsen 2011, Diderichsen). At arbejde mod større lighed i sundhed betragtes endvidere af flere, som een af flere dimensioner af kvalitet i almen praksis (www.EquiP).

Baggrund

Implementeringsgruppen for Praksisplan 2008 – 2011 i Region Hovedstaden indkaldte i november 2009 Kvalitetsudviklingskonsulent Lise Dyhr, KvEAP (den tidligere regionale enhed for kvalitetsudvikling og efteruddannelse i Region Hovedstaden) med henblik på drøftelse af tværgående indsatser for sårbare områder i regionen karakteriseret ved kombinationen af relativ høj andel af borgere som er socioøkonomisk belastede og relativ høj andel af borgere med indvandrerbaggrund (Praksisplan) Et af resultaterne af dette møde blev at Lægerne Ursula Brøndum og Lise Dyhr i sparring med KvEAP og i samarbejde med Region H (v. projektleder for Projekt vedr. etablering af praksisfællesskaber) og Brøndby Kommune (v. Sundhedskoordinator) skulle igangsætte konkrete indsatser i Brøndby Strandområdet, som iflg. Praksisplanen tilhører et sårbart område. Området er endvidere karakteriseret af borgere med en relativ høj sygelighed og risikoadfærd (Region Hovedstadens Sundhedsprofil).

¹ Konsulentordning for almen praksis i Region Hovedstaden

Praksisfællesskab Brøndby Strand

Der blev udarbejdet en projektbeskrivelse (Praksisfællesskab Brøndby Strand, Bilag 2) som blev godkendt i jan 2012 af projektets styre- og baggrundsgruppe². Projektbeskrivelsen havde afsæt i den eksisterende viden på området, bl.a. den nylig udkomne rapport fra Sundhedsstyrelsen vedr. Ulighed i Sundhed og beskriver bl.a. følgende udfordring for almen praksis:

Almen praksis er ofte beliggende i lokalmiljøet og kendt af borgeren (90 % af borgerne kommer i almen praksis en gang årligt). I almen praksis kan man ligeledes henvende sig og få en tid uden eksplicit at kunne udtrykke sin til tider meget komplekse situation. Der kan derfor være en tendens til i sårbare områder, at borgeren vælger at henvende sig i almen praksis med mange typer af problemer – også problemer som måske skulle løses et andet sted. Almen praksis bliver nemt den sårbare borgers indgang ind i det socialmedicinske område. Tovholderfunktionen synes mere og mere påtrængende at påtage sig i og med, at sårbare borgere i dag netop mødes af mere og mere specialiseret systemer, det både i det øvrige regionale sundhedsvæsen men også det kommunale system specialiseres mere og mere indenfor socialområdet, fx er det ofte ikke en sagsbehandler pr. borger – men en sagsbehandler pr. område, hvorfor en sårbar borger i dag typisk vil have tilknyttet flere sagsbehandlere i en kommune....Det kræver en ressource-stærk borger at finde rundt og agere i og mellem de to systemer og da tovholderfunktionen tilsyneladende ikke varetages af andre kan den praktiserende læge som den nærværende generalist nemt blive både:

- *den typiske indgang for borgeren med komplekse problemer i sårbare områder*
- *tovholderen der skaber sammenhæng for borgeren mellem systemerne*

En tidligere afdækning af emnet fastholdelse og rekruttering i sårbare områder (KVEU rapport, 2009) peger på risikoen for en ”ond spiral”. Hermed menes, at såfremt der ikke rekrutteres læger til ubesatte stillinger, vil risikoen for at de tilbageblevne læger bliver relativt overbelastede virke hæmmende på rekrutteringsindsatsen.

Aktiviteterne blev afgrænset til at tage afsæt i de eksisterende aftalestrukturer med det forbehold, at evt. ny viden vedr. landsdækkende rammer kunne løftes op til andre fora. Projektets mål var at få

² Styregruppe ved repræsentanter fra Implementeringsgruppen; baggrundsgruppen ved Brøndby Kommune repræsenteret ved sundhedskoordinatoren, Region H ved projektleder for praksisfællesskaber og Lægerne Ursula Brøndum og Lise Dyhr. Projektleder fra Region H har været tilknyttet projektet fra maj 2011 – til 1. sept. 2012 og er ikke siden erstattet med anden medarbejder.

Praksisfællesskab Brøndby Strand

etableret et praksisfællesskab i Brøndby Strand med fokus på sårbarhed og arbejde for større lighed i sundhed.

Projekt Praksisfællesskab Brøndby Strand

Projekt praksisfællesskab i Brøndby Strand består af forskellige udviklingsprojekter, der tilsammen skal sikre etablering og udvikling af et konkret praksisfællesskab i Brøndby Strand med fokus på sårbarhed. Samtidig skal projektet være med til at skabe generel viden og erfaring, som kan rekruttere og fastholde læger i sårbare områder i Region Hovedstaden. Herigennem vil projektet søge at imødekomme nogle af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til indsats overfor ulighed i sundhed.

Følgende tre udviklingsprojekter blev udtænkt:

- Rekrutteringsindsats via annoncering og evt. afholdelse af møde
- Mentorordning
- Sårbarhedsmanager

Rekrutteringsindsats

Baggrunden for denne indsats var at tage initiativer til at imødegå dele af den ovenfor beskrevne ”onde spiral”, hvor der pga. lokal lægemangel bliver ekstra pres på de tilbageblevne praksis, som herved ikke får mulighed for at etablere en attraktiv praksis, som igen kan medføre, at færre nye læger tiltrækkes området. Formålet med denne aktivitet var at rekruttere nye læger. Projektet kunne bl.a. tilbyde (Bilag 3):

- En spændende og blandet patientpopulation
- En vision om et praksisfællesskab med høj faglighed og udsyn
- Læger med et stort fagligt netværk og erfaring fra lokalområdet, der tilbyder sig som mentorer
- Et velfungerende lægelaug
- Velfungerende supervisionsgrupper og vagtring
- Store og handikapvenlige lokaler med plads til 4 lægepraksis tæt på strand, s-togstation og motorvejsafkørsel

Praksisfællesskab Brøndby Strand

- Et godt samarbejde med kommunen, region og boligforening om såvel indretning af lokaler, drift og faglige udviklingstiltag

Aktuelt var forholdet således at der var relativ lægemangel i Brøndby Strandområdet, herunder een læge som ønskede at afhænde sin praksis grundet alder. Projektet havde kontakt til denne praksis og henviste interesserede kommende kollegaer til denne. Der blev derudover tilknyttet en ledig kapacitet (”0”nr), som kunne knyttes til et samarbejde med projektlægerne. Rekrutteringsindsatsen fulgte to spor:

1. **Annoncering.** Det blev besluttet, at udarbejde en pjece, som informerede om projektet mhp at rekruttere almen medicinere til praksisfællesskabet. Man valgte at distribuere denne digitalt via allerede etablerede kanaler (FYAM, uddannelseslæger, egne netværk, PraksisNyt). Pjecen lå klar i sommerferien 2011 (Bilag 3).
2. **Tilvejebringelse af egnede lokaler for praksisfællesskab.** Brøndby Kommune fik mulighed for at leje lokaler i området, som kunne anvendes til indretning af flerlægeklinik og stillede disse til rådighed for projektet i 6 mdr. fra d. 1.6.2011. Der blev i denne periode holdt flere møder med repræsentanter fra kommune og interesserede læger for at aftale lokaleindretning, udarbejde kontrakt, lave aftaler vedr. renovering m.m.

Hvad er der sket?

Ad 1)

I alt 6 speciallæger i almen medicin henvendte sig, hvoraf projektpraksis holdt møder med 2 interesserede. Disse havde dog interessen på sigt, men ikke det første halve år. Øvrige fandt, at tilbuddet lå uden for deres interesseområde ved nærmere introduktion. Derudover blev de øvrige læger i Brøndby Strand området, inkl. Vallensbæk Strandkontaktet med henblik på at indgå i projektet, ligesom det lokale lægelaug løbende blev orienteret om indsatsen.

Som konsekvens af, at det ikke lykkedes at rekruttere læger under de beskrevne vilkår – har projektpraksis etableret uddannelsesplads og fået tilkendt uddannelseslæger pr. febr. 2014 og tilbyder aktuelt at ansætte vikar med henblik på kompagniskab. Der er endvidere etableret et

Praksisfællesskab Brøndby Strand

netværkspraksisfællesskab med en kompagniskabspraksis i Vallensbæk og solopraksis i Rødovre for at viden dele om personaleforhold og faglige instrukser til personale.

Siden projektets start er 1 læge ophørt med at praktisere i Brøndby Strand, 1 kompagniskabspraksis med 2 lægekapaciteter drives aktuelt af 1 læge med ansat vikar nogle dage om ugen.

Ad 2)

Denne aktivitet blev sat i bero november 2012 i og med manglende fremgang i rekruttering. Der har været forespørgsel til boligselskab for at få økonomisk støtte til renovering af projektpraksis' aktuelle lejemål, således at det kan leve op til faglig standard med flere læger. Dette har man ikke kunnet imødesee. Boligselskabet har dog været villige til at opdatere kontrakt tilpasset klinikens nye indretning.

Mentorordning

Mentorordningen er beskrevet som et udviklingsprojekt med oprettelse af 2 forskellige mentorfunktioner. Dels for ny nedsatte praktiserende læger i Brøndby Strand (v Lægerne Ursula Brøndum og Lise Dyhr), dels for praktiserende læger som var nedsat i sårbare områder i Region Hovedstaden (v. Lise Dyhr). Ønsket var at afprøve dette værktøj som et redskab til at understøtte rekruttering og fastholdelse af læger i sårbare områder. Projektet blev iværksat 1. feb. 2012 og afsluttet den 1. feb. 2013. Rapport inkl. evaluering blev aftalt til at foreligge d. 1. maj 2013.

Følgende er udklip fra projektbeskrivelsen: *Mentorfunktionen er rettet mod almen praksis arbejde i sårbare områder og med sårbare patienter og kan have fokus på organisatorisk forhold, patient vinklen eller det rent lægefaglige. Mentorfunktionen er målrettet emner indenfor det socialmedicinske område, som omfatter det lægelige arbejde med enkeltindivider, grupper eller lokalsamfund på grundlag af fagets teoretiske viden. Det kliniske arbejde omfatter dels de egentlige socialmedicinske sager, fx revaliderings- og førtidspensionssager, dels en del af det lægelige arbejde med patienter i almindelighed, fx ved ud over den biologiske undersøgelse og behandling altid at inddrage patientens funktion, velbefindende og fremtidsmuligheder. De egentlige socialmedicinske sager indebærer ofte støtte til marginaliserede og trængte befolkningsgrupper, fx støtte til børnefamilier for at forhindre fejludvikling og belastning af børn, støtte til dårligt fungerende familier, handicappede, langtidssygemeldte, særligt socialt belastede patientgrupper, fx socialhjælpsmodtagere, alkoholikere og stofmisbrugere, samt støtte til svagtstillede ældre. En*

Praksisfællesskab Brøndby Strand

mentor er en erfaren person, som gennem rådgivning, sparring, vejledning, coaching og feedback deler ud af sin erfaring og sine kompetencer for at støtte mentees udvikling.

Mentorordning for nynedsatte praktiserende læger

Formålet var at understøtte de(n) ny nedsatte i at håndtere socialmedicinske udfordringer, hvor konkrete cases oplevet af mentee ville være afsæt for læringen. Mentorers afsæt ville være deres mangeårige kliniske erfaring fra området, herunder kendskab til relevante institutioner, personer og netværk. Mentorgruppens afsæt i det regionale kvalitetsudviklingsarbejde skulle samtidig sikre evidens og viden deling. I og med, at det ikke lykkedes projektet at etablere et konkret praksisfællesskab (se forrige afsnit), blev det ikke muligt at indsamle erfaringer med denne type mentorordning.

Mentorordning for etablerede praktiserende læger

Gruppens formål var at etablere en platform for viden deling og udvikling blandt erfarne kollegaer i hele Region Hovedstaden for at afdække erfaringer, som kunne anvendes udover den lokale kontekst i Brøndby Strand. Afsættet var deltagernes egne cases, metoden ”reflekterende team”, hvor mentor fungerede som supervisor. Der var aftalt i alt 4 sessioner af 3 timers varighed med fastlagt dagsorden (supervision af enkelte cases, generel diskussion af tematikker og forslag til håndtering udover den aktuelle kontekst). Tilbuddet blev annonceret i ”Praksisnyt” jan/febr 2012. Tolv praktiserende læger meldte interesse for deltagelse. I alt 6 praktiserende læger deltog i hele forløbet, repræsenterende kommunerne Brøndby, Hvidovre og Vallensbæk; Indre og Ydre Nørrebro, samt Helsingør. Såvel mænd som kvinder var repræsenteret, ligesom solo- og kompagniskabspraksis. Ancienniteten som praktiserende læge spændte fra 5 – 30 år. Deltagerne meldte ind med mulige cases og supervisor udfærdigede et referat efter hvert møde. Fælles for casene var, at de var komplicerede: indeholdt patientforløb med flere sideløbende helbredsklager, diagnostiske udfordringer, kompliceret samspil med sociale myndigheder og øvrige sundhedsvæsen, samt medvirken af evt. professionel støtte-kontaktperson, familiemedlem og eller anden netværksperson. Typen af cases er parallel med andre tidligere beskrivelser af feltet (West, London, FE, Sundhedsstyrelse Rapport, Fagligt Udvalg rapport). Der blev opstillet spilleregler for supervision og fastlagt dagsordenspunkter for møderne

Praksisfællesskab Brøndby Strand

Ulighed i sundhed grundet evt. lægemangel og ikke optimale rammer for socialmedicinsk arbejde løses ikke direkte ved disse initiativer. Disse to emner synes pt. at være forbundet til spørgsmål om rammer og hermed overenskomstmæssige forhold og skal ikke berøres yderligere her, se f.eks. (Fagligt udvalg Rapport 1 og 2).

Evaluering

Det var aftalt, at mentor løbende skulle indsamle data til at belyse, hvilke udfordringer og handlemuligheder de praktiserende læger oplevede i det socialmedicinske arbejde for herefter at tematisere det og gøre det tilgængeligt for kollegaer uden for den konkrete kontekst. Derudover ønskede man en ekstern evaluering af, hvilken effekt deltagelse kunne have for fastholdelse og rekruttering efter projektets afslutning med inddragelse af mentors erfaringsopsamling. Den samlede evaluering skal anvendes til at beslutte om, der skal foretages videre regionale initiativer.

Hvad lærte vi af de etablerede praktiserende læger?

Et væsentligst gennemgående tema i de fremlagte cases var oplevelsen af egen og eller det samlede sundhedsvæsens³ utilstrækkelighed i forhold til at yde visse af vore patienter optimal behandling af de præsenterede helbredsklager. Et gennemgående tema var oplevelsen af at ”stå alene” med udfordringerne og følelsen af magtesløshed. Temaet er velkendt for sundhedsprofessionelle, som arbejder med udsatte borgere (se f.eks. Susanne Bang, SUM rapport, MPL artikler, Nanna Mik-Meyer, CBS). En praktiserende læge, som deltog i en landsækkende undersøgelse af emnet, udtrykker det således:

Vi har jo været bagstoppere per definition altid. Altså, det som sygehuset ikke tager sig af, eller kommunen ikke tager sig af, eller familien ikke tager sig af, eller hvem det nu end måtte være, jamen der er vi der jo som bagstoppere næsten altid. [...] Det tror jeg er en væsentlig del af vores identitet i den funktion vi har. Men

³ inkluderet den kommunale aktør

Praksisfællesskab Brøndby Strand

bagstopperopgaven er ikke kun blevet mere omfangsrig, den er også blevet mere trøstesløs og fortvivlet.....(Sundhedsstyrelse rapport)

I den fælles refleksion fik deltagere og supervisor afdækket forskellige dimensioner af denne oplevelse og skabte hermed i redskaber til at imødegå denne på en konstruktiv⁴ måde.

Løsningsforslagene er skrevet i stikordsform. De skal betragtes som forslag, der kan inspirere kollegaer til at komme videre i en oplevet afmægtig situation.

Den første dimension handler om, hvad den enkelte læge kan gøre i mødet med den enkelte patient med de rammer, der nu engang er for almen praksis.

»Hvis jeg kigger på mine sårbare, så har de næsten altid et socialt problem ved siden af. Det kan være økonomi, tid, transport – altså at de ikke har nogen til at hente og bringe sig – osv. Det gør, at de ikke får fulgt op på deres helbredsmæssige ting altid. Det bliver nogle gange sådan, at man bliver helt forpustet, når man har haft dem, fordi man lige pludselig skulle nå det hele«(do)

Hva´ ka´du gøre i fht det enkelte patientforløb ?

- Når ”alt er kaos”, så stop op inden næste konsultation
 - print journaludskrifter ud, sæt 15 min. af i dagskalender til at gennemgå og lav plan for videre forløb, send evt. en ”Statusattest” til dig selv!
 - lav evt. en lille ”Generel Helbred Undersøgelse” i næste konsultation. Undersøg patienten fra top til tå, og spørg ind til alle organsystemer. Så undgås lurende dårlig samvittighed over at have overset behandlingskrævende helbredsklage i kaotiske forløb
 - overvej om du har skabt klare nok rammer for konsultationen
 - det kræver bl.a, at du har defineret et mål, som er forventningsafstemt og der er afsat relevant tid

⁴ – i modsætning til destruktiv, hvor det for patienten betyder, at denne ikke får optimal sundhedsfaglig behandling, for lægen, at denne bliver ramt af stress, udbrændthed, depression eller andet udtryk for mistrivsel

Praksisfællesskab Brøndby Strand

- tillad dig at sætte grænser for hvilke typer af emner, du finder er relevante for løsning af problemstillingen set fra et lægefagligt synspunkt, henvis hvis muligt til andre relevante aktører
- Klarlæg patientens personlighedsstruktur/type med henblik på at skabe de rette rammer for en hensigtsmæssig kommunikation
- Bliv skarpere på lægerollen
 - bliv skarpere på, hvornår du er rådgiver og primært ”bare skal lytte” og hvornår du er læge og skal handle
 - lad dig ikke løbe over ende af en forståelse af ”den biopsykosociale model”, der kan lægge op til at ”alt” kan løses ved samtale i konsultationen
- Hold pause fra det faglige
 - det er nødvendigt at du indimellem gir dig selv en pause for ”at lade batterierne op”: ta` på kursus, få energi fra andet end det socialmedicinske område
- Forhold dig til, hvad der ”trækker dig” til afmægtighedsoplevelse af en konsultation
 - analyser udfordringerne og pas på med at love at du vil gøre det ene og det andet bagefter konsultationen (sidstnævnte kan også ske, når der er overskud: jeg ka klare det hele”, men hvor længe?)

Den praktiserende læges værktøj i klinikken/konsultationen er af kommunikativ art. Der kan samtales og via denne dialog tilstræbes gensidig forståelse. Ikke alle helbredsklager kan løses på de minutter en konsultation varer. Patienten skal i et eller andet omfang oftest gøre noget selv. Lægen skal evt. henvise til andre instanser. Henvisningen til sygehus er reguleret af forløbsbeskrivelser udarbejdet af hospitalstilknyttede praktiserende læger (Praksiskonsulenter) og repræsentanter fra de pågældende afdelinger og sygehuse og foregår i Region Hovedstaden ved en Central visitation (CVI). Henvisning til andre speciallæger er ikke så reguleret. Her er det op til patienten at kontakte en speciallæge og evt. finde ud af, hvor der er mindst ventetid med mindre lægen vurderer, at det er så akut, så denne må gribe ind ved direkte kontakt til speciallæge med henblik på aftale. Indenfor det kommunale område er kontakten formaliseret via retningslinjer for Sociallægeligt samarbejde

Praksisfællesskab Brøndby Strand

(seneste udgave fra 2011) og evt. faciliteret ved ansættelse af kommunale praksiskonsulenter.

Endvidere mødes kommunale repræsentanter med repræsentanter fra den kommunale PLO mindst 2 gange årligt med henblik på overordnede drøftelser og afklaring af samarbejdsflader. Derudover er der megen forskellig praksis i de forskellige kommuner. Bl.a. på baggrund af den måde de enkelte kommuner har organiseret sig, hvilket gruppens erfaringer i stort omfang afspejlede.

Hva´ ka´ du selv gøre for at forbedre den professionelle samarbejdsrelation ?

En anden dimension af magtesløshed viste sig ved oplevelsen af, at ens samarbejdspartnere ikke agerede som man forventede, fx oplevelsen af ”at løbe panden imod en mur”. Tilgangen er subjektiv. Samarbejdspartnere kan have det på samme måde med vores faggruppe. At tale om ”de andre” på denne måde kan forstærke tendens til stereotype forestillinger om hinanden. Det er ikke hensigten.

- Søg supervision til at håndtere følelsen, så undgås
 - ”at lade dig dræne af evt. kampe”
 - ”at opleve mig som gidsel” (hvis du ”ikke følger” samarbejdspartner, så skader det patienten)

- Udfordre et forhold ad gangen, anvend mulighed for dialog med konkrete samarbejdspartnere
 - f.eks. rundbordssamtale i kommunalt regi. Det er muligt at blive honoreret for socialmedicinsk samarbejde
 - shared care med speciallæger og evt. ambulatorier
 - meld tilbage i respektive systemer, hvis det ikke kan løses i dialog med den konkrete samarbejdspartner. Gå opad i systemet, brug samarbejdsorganer, brug praksiskonsulentordninger, lægelaug m.m.

- Accepter, at andre sektorer og fagligheder, kan have andre måder at håndtere en sag på
 - det betyder ikke nødvendigvis, at man finder, at det er den mest hensigtsmæssige måde at håndtere sagen på

- Søg socialmedicinsk lægelig ekspertise, hvor det findes (se f.eks Region Midt *)

Hva´ skal vi ha´ hjælp til fra faglige organisationer, administratorer, beslutningstagere, forskere osv ?

Det næste punkt omhandler den dimension af afmagt, som vi – efter at have sonderet mulighederne for selv at ændre adfærd - ikke mener, kan løses af os selv. Eksempelvis har alle deltagerne haft oplevelsen af at ”blive underkendt” i diagnostik og behandlingsforslag af kommunale aktører (Se også CBS) og eller oplevet ineffektivt shared care med sekundær sektor. Der synes at være et behov for at anlægge et helikopterperspektiv, hvor også patientperspektivet inddrages med fokus på det tværsektorielle samarbejde og ledelse heraf (og eller mangel på samme!) som i stigende grad også efterspørges af andre sektorer (fx kronikerprogram konference, diverse artikler).

- Hjælp os med at etablere rammer for en anerkendende og respektfuld tilgang til tværfagligt samarbejde, som indebærer
 - respekt og anerkendelse af hinandens faglige kompetencer
 - et fælles etisk kodeks (Socialministeriets rapport*) ?
- Prioriter aktionsforskningsbaseret viden, dvs. viden som skabes sammen med de involverede med henblik på forbedring (www.Jønkøping Academy, m.fl , www.Sundhedsstyrelsen, *citater fra lægelig direktør, Jens Winther, Nordjylland på ”Ulighedskonference, afholdt af Sundhedsstyrelsen 2012: vi ved, godt, at der er ulighed i sundhed, men mindre om, hvorledes vi løser den, 2012; samt Sårbarhedsrapport*)
- Sæt skub i implementering af lavpraktiske løsninger for at forbedre vilkårene for tværsektorielle kommunikation
 - hotlines til samarbejdspartnere
 - forbedret elektronisk kommunikation på tværs af sektorer

Praksisfællesskab Brøndby Strand

- Vær opmærksom på, at forløbsprogrammerne er koncentreret på enkelte sygdomme (diagnoser), hvilket kan medføre øget ulighed i sundhed, da
 - sårbare patienter, især socialt udsatte har ofte mere end én kronisk sygdom. Der ønskes en bedre koordination af indsatser for patienten med comorbiditet/multisygdom
 - hvad med patienter i diagnostisk limbo (evt CBS citater)?
- Informationsstrømmen til almen praksis kan virke uoverskuelig
 - hvorledes gøres information og søgefunktion på Sundhed.dk mere tilgængelig og dækkende også indenfor det socialmedicinske område? F.eks. kræver det mange trin at nå SOFT portalen og er den opdateret?
- Sagsorienterede emner med behov for særlig opmærksomhed
 - der er en stigning af antallet af ældre med anden etnisk baggrund end dansk, hvorledes sikre optimal omsorg og behandling af denne gruppe?
 - Shared Care med psykiatri (www.sundpaavestegen.dk, Shared Care rapport, diverse)
 - Udfordringer ved den centrale visitation
 - patienter med multiple sygdomsbilleder/comorbiditet, socialt udsatte, psykiatri, hvor visiteres de hen i højt specialiseret sundhedsvæsen (Søren Brostrøm, Ulighedskonference mfl.)

Opsamling og særlige opmærksomhedspunkter

Deltagerne var enige om, at de hver især havde fået ny brugbar viden ved at deltage. Dels ved supervision af egne cases, dels ved at lære af andres erfaringer. Som det fremgår af ovenstående, anså deltagerne, at supervision var et – af mange redskaber til at imødegå følelsen af magtesløshed i mødet med socialt udsatte patienter. Ingen af deltagerne fandt, at de havde mulighed for at prioritere at deltage i supervision af socialmedicinske cases ”i årevis”, da lægearbejde indeholder mange andre aspekter end dette, som også skal imødeses uden for arbejdstid med patienterne

Praksisfællesskab Brøndby Strand

(efteruddannelse, kvalitetsudvikling, anden supervision m.m.). Udover ovennævnte erfaringer, som kan omskrives til, at der er mulighed for at kunne arbejde mod mere fagligt tilfredsstillende møder. Dette kan gøres ved at anvende nogle af de skitserede redskaber i egen kliniske praksis og dele sin erfaring med andre. Derudover vil gruppen gerne dele følgende erfaringer:

- Tværfagligt samarbejde går godt ved direkte kontakt og dialog med konkret samarbejdspartner. Det fremmer optimal patientbehandling og man kan undgå bureaukratiske procedurer og skubben ansvar fra sig. Man kan afklare evt. kulturforskelle ved samtale (det at man forstår tingene forskelligt og ikke kender hinandens koder, fx hvad der skal til for at en given samarbejdspartner oplever, at sagen hører under deres område)
- Intet lykkes, hvis der ikke er ”go energi” i rummet og lægen ikke har overskud/ og eller kan skabe hensigtsmæssige rammer. Hvis du ikke har overskud: søg supervision.
- Pas på dig selv! Som læge har vi lært i supervision, at vi skal kunne containe (dvs. rumme og håndtere diverse ubehagelige og modstridende følelser, som mødet med den enkelte patient kan afstedkomme). Samme forhold gælder ikke automatisk for vor relation til organisationen omkring os. Der synes at være behov for at se på rammerne for arbejdet i klinikken (Fagligt Udvalgt, Rapport 1 og 2), at ændre nogle forhold og ikke kun kunne rumme. For at kollegaer, der arbejder i udsatte områder ikke oven i arbejdet med patienterne også skal opleve et pres for at handle udover eget kliniskniveau, vil vi sige: Det er OK at have en slidske, f.eks, hvis du ikke orker at gå videre med en sag til evt. samarbejdspartnere og eller faglige organisationer. Slidsken kan føre hen til en lille mappe, hvor du gemmer sagen/journaludskrift/kommentarer til evt. senere opsamling og eller gå direkte i glemslen!

Sårbarhedsmanagerfunktion

Der var tidligt tanker om at inddrage klinikpersonalet mere aktivt i indsatsen, hvilket projektpraksis allerede havde erfaring med. Parterne v. regional projektleder og projektpraksis fik i foråret 2012 mulighed for at søge Regionens pulje til ’tværsektorielt samarbejde om udsatte grupper’ og forsøgte derfor at udarbejde en projektbeskrivelse, som dels skulle give rum til at afgrænse og

Praksisfællesskab Brøndby Strand

analyse området ”sårbarmanagement i almen praksis og det samarbejde sundhedsvæsen” mere indgående, dels iværksætte og indsamle konkrete indsatser og erfaringer. Projektbeskrivelsen findes i udkast.

Hvad er der sket?

Pga. en meget kort tidsfrist (dage) havde parterne i baggrundsgruppen ikke mulighed for at færdiggøre protokollen til ansøgningsfristen. Marts 2013 bliver parterne opmærksom på, at der udbydes endnu en pulje. Det undlades at videreudvikle tidligere projektidé, da KAP-H aktuelt idé udvikler indenfor området.

Derudover kan dele af erfaringerne fra supervision/mentorordningen bidrage til at levere redskaber til konkrete indsatser på klinikniveau.

Det samlede projekts lærings- og opmærksomhedspunkter

I det følgende skal der redegøres for de erfaringer, som baggrundsgruppen finder er relevante at uddrage fra de tre forløb.

Fastholdelse og rekruttering

Projektet blev båret frem af ”ildsjæle” og aktuelle konkrete muligheder, hvor det lokale boligselskab tilbød projektet at leje lokaler, som kunne rumme flerlægepraksis. Brøndby Kommune greb generøst dette tilbud og bidrog således til at et kommende projekt kunne realiseres i og med, at der ikke også skulle findes egnede lokaler. Lejemålet påbegyndte d. 1.6.2011. I og med, at denne mulighed opstod i begyndelsen af en sommerferie og var tidsbegrænset, er baggrundsgruppen enige i, at man med fordel kunne have prioriteret og forstærket annonceringsdelen. Det skal derudover bemærkes, at der foreligger uafklarede udfordringer af juridisk og økonomisk karakter i forhold til at etablere aftaler omkring istandsættelse, husleje og kontraktvilkår af lejede bygninger, hvor en kommunal part indgår.

Baggrundsgruppen finder, at

Praksisfællesskab Brøndby Strand

- man bør fortsat prioritere at rekruttere læger til sårbare områder for at imødegå den ”onde spiral”
- der synes fortsat at eksistere en strukturel udfordring i relation til ulighed i sundhed, begrundet i at klinikker beliggende i sårbare områder anvender et relativt større tidsforbrug pr patient lokale
- fremadrettet vil det være formålstjenstligt, at afklare de juridisk/økonomiske muligheder for et samarbejde omkring lokaler, herunder indhente erfaringer fra de øvrige regioner, om hvorledes de håndterer disse udfordringer
- man kan forestille sig et mere formaliseret og forpligtigende samarbejde med boligselskaberne, der udtrykker interesse for at have lægedækning i lokalområder
- det er formålstjenstligt med en mere tydelig projektbeskrivelse, -ledelse og ansvarsfordeling.

Mentorordning

Mentorordningen er som det eneste delprojekt beskrevet systematisk og evalueret (se venligst forrige afsnit)

- Det blev i sagens natur ikke muligt at indsamle erfaring med supervision for nynedsatte. Det er baggrundsgruppens opfattelse, at behovet vil være til stede også fremover.
- Erfaringen fra mentorordningen for de erfarne læger viser, at supervision kan være et nyttigt værktøj for den enkelte læge i perioder (Galina Nielsen, Davidsen, A). Det kan ikke stå alene, men anses som en del af flere tilbud, på klinikniveau (se senere).

Sårbarhedsmanagerfunktion

Baggrundsgruppen finder, at der er behov for at afdække og analysere begrebet nærmere. Der afspejlede sig naturligt forskellige behov og interesser blandt de tre samarbejdspartnere. For at Brøndby Kommune kan tage stilling til deltagelse i eventuelt fremtidigt projekt herom, ønskes det specificeret, hvad funktionen konkret består i. Brøndby Kommune peger desuden på, at reformen af førtidspension/fleksjob samt kontakthjælpsreform og udbygningen af tværgående koordinering i kommunen i disse reformer bør indtænkes i en vurdering af eventuelt behov for en sådan funktion.

Praksisfællesskab Brøndby Strand

Man var enige om, at det vil være formålstjenstligt at skelne mellem indsatser på klinikniveau og indsatser i fht. samarbejdstrekanten (det samarbejdende sundhedsvæsen). Der blev skitseret en mulighed for at afholde en tværfaglig og tværsektoriel konference på regionalt niveau for at præcisere indsats og behov. Konferencen/workshoppen kunne sideløbende have som formål at iværksætte konkrete indsatser af tvær- og monosektoriel interesse. Mange emner kan her være relevante at tage op, f.eks

- at indsamle erfaringer fra det nye rehabiliteringsteam, som har sårbare patienter som målgruppe og inddrager såvel kommune, som almen praksis som Region
- udvikling af værktøjskasse til de enkelte lægepraksis (videreudvikling fra tidligere projekt om praksisbesøg)

Samlet konklusion

Det er baggrundsgruppens vurdering, at projektet har været med til at synliggøre udfordringen ved at indsamle og beskrive erfaringer og redskaber. Projektet har desuden synliggjort nogle af de udfordringer, der er i samarbejdet mellem almen praksis, region og kommuner med hensyn til lægedækning i sårbare områder.

En mere tydelig projektledelse med klar ansvarsfordeling ville formodentlig kunne have koordineret indsatserne i de tre delprojekter, som i praksis blev adskilte, men var indbyrdes afhængige. Det er også baggrundsgruppens opfattelse, at man med fordel kunne have styrket fastholdelse og rekrutteringsdelen, da denne var en væsentlig forudsætning for projektets muligheder. Ved en fremtidig indsats anbefaler baggrundsgruppen derfor, at tidsperioden for rekruttering forlænges, og at der afsættes fleres ressourcer til en rekrutteringsstrategi, herunder med fokus på annoncering i fagblade o.l.

Som beskrevet af Sundhedsstyrelsen er emnet Ulighed i Sundhed et kompliceret felt at arbejde i, som kræver indsats på flere niveauer (Diderichsen). Set fra almen praksis perspektivet finder vi det væsentligt at gøre sig klar, hvilket niveau, der tales om, når man taler indsats, idet redskaberne (metoderne) vil være forskellige på de to niveauer. I det følgende er de to niveauer opridset med dertil hørende forslag til at videreudvikle konkrete redskaber indenfor de nævnte områder:

1. Klinikniveauet (hva´ kan den enkelte lægepraksis gøre)
 - Deltage i supervision og videreuddannelse

Praksisfællesskab Brøndby Strand

- Iværksætte fokuserede indsatser, som bl.a. foreslået i akkrediteringsstandarderne (MPL artikler, henviser til aktuelle standard vedr. sårbare patienter*), ved at anvende
 - redskabskasse fra Facilitatorprojekt
 - skabe overblik over dysregulerede ikke optimalt behandlede patienter via datafangst
 - udarbejde etiske kodeks for tilgangen til sårbare/social udsatte patienter
 - Samarbejde i netværkspraksis
 - (...)
2. Regionale niveau (facilitere og skabe rammer for bl.a. ovenstående, men også medvirke til at relevante samarbejdspartnere oplever medejerskab til at løse udfordringer at håndtere ulighed i sundhed)
- Inddrage DGE, og relevante konsulentfunktioner (dvs tværgående funktion)
 - Understøtte det tværsektorielle samarbejde på det organisatoriske niveau
 - Konsulentbistand i forhold til konkret etablering/forberedelse af etablering af praksisfællesskaber, fx i relation til lokaler, indbyrdes aftalegrundlag mellem deltagende læger mm

Også dette projekt peger på, at der synes at være behov for en indsats på nationalt niveau (etablere rammerne for indsatsen, som f.eks beskrevet Fagligt Udvalgs Rapport 1 og 2). Det er uden for aktuelle projekts formål at løse og skal derfor ikke udfoldes mere i denne sammenhæng.

Hvordan videre og med hvad?

Med baggrund i rapporten vil skrivegruppen anbefale, at man arbejder videre ad følgende to spor i den kommende regionale indsats mod ulighed i sundhed:

1. Indsatser rettet mod klinikniveauet
 - a. afprøvning af model for inddragelse af praksispersonale, som socialmedicinsk tovholder, evt for flere praksis (netværkspraksis)
 - b. undervisningstilbud, evt tilbud om supervision –

Praksisfællesskab Brøndby Strand

c. udvikling af redskaber til at danne sig en populationsoversigt og iværksætte forandring (videreføre redskaber og erfaringer fra facilitatorordningen)

2. Indsatser på regionalt niveau

a. Høring/workshop i efteråret 2013 vedr tværsektorielle samarbejde og evt enkeltindsatser med input fra

- i. evt udefra kommende forskere, projektmagere, EQuIP
- ii. ledelsesniveauer, ex Ulighedsnetværket nedsat af Sundhedsministeriet, hvor bl.a. Brøndby Kommune og Hvidovre Hospital (Region H) deltager, Indvandrermedicinsk klinik, Hvidovre Hospital osv
- iii. praktikerniveau (Shared Care ml psykiatri, almen praksis og kommuner på Vestegnen, enkelt praksisprojekter)

b. Tværgående indsats/ledelse i KAP H mhp at sikre

- i. at emnet fortsat synliggøres og inddrages i udviklingsprojekter, drift og enkeltindsatser på højeste evidensniveau og
- ii. faciliteres

Derudover skal skrivegruppen bemærke følgende udfordring

- Det er et fortsat opmærksomhedspunkt at opdatere hjemmeside på sundhed.dk (heriblandt det, der har ligget på KvEAPS hjemmeside)

Bilag 1: Temaer i konsulentordningen

Bilag 2: Projektbeskrivelse 'Projekt praksisfællesskab'

Bilag 3: Rekrutteringspjece