

PLO's idékatalog om fælles forebyggelse



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION



Indledning

Formålet med forebyggelse er at hindre fysisk eller psykisk sygdom i at opstå, eller at sygdom forværes, samt at øge livskvaliteten for det enkelte menneske.

PLO vil med dette idékatalog beskrive, hvilke forebyggelsesindsatser der kan styrkes i almen praksis ved at øge samarbejdet mellem kommuner og almen praksis. Målet er, at den enkelte patient og borger oplever bedre sammenhæng i mødet med forebyggelsesinitiativerne.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har bidraget med faglige indspark til kataloget.

Forebyggelse kan opdeles i strukturel forebyggelse, borgerrettet forebyggelse og patientrettet forebyggelse. Strukturel forebyggelse - fx at øge prisen på cigaretter eller at sænke afgiften på sund kost - er uden sammenligning den mest effektive form for forebyggelse.

Lægeforeningen har en række politikker og initiativer for øget strukturel forebyggelse, som PLO og DSAM bakker op om. Derfor vil strukturel forebyggelse ikke være det primære fokus her.

PLO har tidligere udgivet et notat med konkrete forslag til indsatser, der kan iværksættes for at styrke borgernes mentale sundhed.

PLO vil derfor i dette idékatalog primært fokusere på initiativer til borger- og patientrettet forebyggelse i almen praksis.

PLO's forslag

PLO har **15** forslag til forebyggelsesindsatser, som vil blive foldet ud på de kommende sider. Forslagene er grupperet i fire kategorier: 'børn og unge i mistrivsel', 'unge og voksne i risikogrupper', 'ældre og kronisk syge' og 'psykiatri'.

Børn og unge i mistrivsel

PLO foreslår:

1. en styrket dialog med sundhedsplejen og familieafdelingen med klare retningslinjer for samarbejdet, særligt omkring de sårbare familier.
2. at det bliver muligt at benytte elektronisk kommunikation med PPR.
3. at der etableres gruppebaserede tilbud i kommunen til unge med mistrivsel, stress og angst, som den praktiserende læge kan henvise til.
4. at der i kommunen for den unge etableres mulighed for op til fem afklarende samtaler ved psykolog.

Unge og voksne i risikogrupper

PLO foreslår:

5. at almen praksis skal kunne henvise til en indledende samtale ved et alkoholbehandlingssted i kommunen og kunne kommunikere elektronisk med stedet under forløbet.
6. at de praktiserende læger kan henvise til rygestop blot ved at skrive "ønsker rygestop" på henvisningen.

7. at der skal være mulighed for elektronisk kommunikation mellem almen praksis og misbrugsbehandlingssted for at understøtte komplekse problematikker af fysisk-, psykisk- og social karakter, som ofte følger af stofmisbrug.
8. at der i alle kommuner er forebyggelsestilbud om motion, kost og sygdomshåndtering for borgere med truende livsstilssygdom, samt dem der allerede er ramt af kronisk sygdom. Og at de praktiserende læger i stigende grad henviser til disse tilbud, hvor det giver mening for patienten.
9. at kommunerne har forebyggelsestilbud til stressramte, som almen praksis vil kunne henvise til tidligt i forløbet. Dette for at undgå langvarig sygemelding på grund af belastningsreaktion/stress.
10. at der indføres mulighed for afklarende samtale/krisesamtale hos egen læge.
11. at praktiserende læge indtænker ensomhed, både ved fysisk og psykisk sygdom, som en risikofaktor på lige fod med rygning, alkohol mm.

Ældre og kronisk syge

PLO foreslår:

12. at patienter på +75 år i højere grad skal have mulighed for helhedsvurderinger, hvor de medinddrages i vægtning af behandlingsindsatser fremfor sygdomsinddelte vurderinger.
13. at almen praksis og hjemmeplejen, ved hjælp af fælles elektroniske platforme, har adgang til hurtigt at få et overblik over patientens sygdomme, medicin og administrationen heraf, antal daglige besøg af hjemmeplejen, og patientens stillingtagen til genoplivning.
14. at der, på samme måde som ved plejehjem, er en fasttilknyttet læge ved ældreboliger.

Psykiatri

PLO foreslår:

15. at der bliver mulighed for, at almen praksis kan kommunikere elektronisk med socialpsykiatrien med patientens samtykke.

Forebyggelse i det nære sundhedsvæsen

Forebyggelse i det nære sundhedsvæsen finder først og fremmest sted i kommunen og hos den praktiserende læge. Men der er også andre vigtige aktører tæt på patienten: fx idrætsforeninger, frivillige organisationer og den øvrige praksissektor - praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, tandlæger mv.

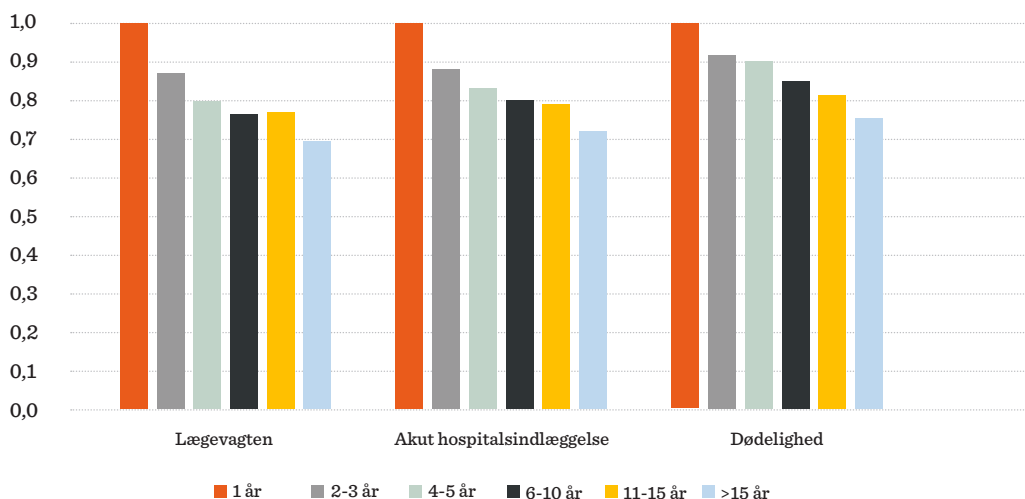
PLO ønsker fælles forebyggelse, og vil med kataloget pege på indsatser, som kan løses bedre i almen praksis ved et styrket samarbejde med kommunen.

Kataloget henvender sig til alle aktører med ansvar og interesse for forebyggende indsatser, og som ønsker en optimal ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet.

Der foregår i dag meget forebyggelse hos de praktiserende læger. Almen praksis ser næsten 9 ud af 10 danskere hvert år både ved konsultationer med forebyggende sigte (fx børne- og graviditetsundersøgelser) og til konsultationer med udredning af symptomer, behandling og opfølgning på kronisk sygdom.

En ny, norsk undersøgelse har vist, at kontinuitet ved en fast praktiserende læge øger sundheden betydeligt og nedsætter dødeligheden og træk på akut-system og sygehusindlæggelser. Efter 4-5 år med den samme læge nedsættes disse tre parametre 10-20 %, og efter 15 år med samme læge nedsættes alle tre parametre med 25-30 %.

Sammenhæng mellem antal år med fast læge og brug af lægevagt, akut hospitalsindlæggelse og lavere dødelighed



Kilde: Undersøgelse om kontinuitet i almen praksis af Sandvik, Hetlevik, Blinkenberg og Hunskaar, 2021.
Note: Figuren viser odds rationen for et udfald sammenlignet med, at man har været tilknyttet den samme praktiserende læge i 1 år.



De praktiserende læger og klinikpersonalets møder med patienterne over tid kan ofte legitimere, at der tales forebyggelse med patienten. Det opfattes som lægeligt begrundet omsorg, og ikke som indgriben og kritik af livsstil og vaner.

Den forholdsvis tætte relation til patienten giver de praktiserende læger mulighed for at tale om emner som sundhed, helbred, livsstil og afslutning på livet, når lejligheden byder sig, og timingen er passende i forhold til de emner, som patienten henvender sig med i konsultationen. Resultatet er forebyggelse, hvor patienten føler sig set og hørt.

Kommunerne varetager en lang række forebyggelsesopgaver for borgerne. Det kan være i sundhedsplejen, sundhedscentre, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), via rehabiliteringsindsatser og alkohol/misbrugs-behandlingssteder.

Via henvisning fra almen praksis eller sygehus kan forebyggende indsats opstartes i kommunen. Den enkelte borger kan også selv henvende sig for hjælp til forebyggende indsatser. Kommunerne gør en stor indsats, men der er en betydelig variation i tilbuddene.

En af de store udfordringer er sammenhæng og kommunikation i sundhedsvæsenet – herunder til og med almen praksis.

PLO's idékatalog om forebyggelse vil derfor indeholde forslag, som både vedrører konkrete forebyggelsesindsatser og input til øget samarbejde mellem almen praksis og kommuner m.v.

Målrettet forebyggelse i alle aldre

Hver alder har sine egne problemstillinger, og derfor skal indsatserne målrettes hertil. Det kan være psykisk mistrivsel, ensomhedsfølelse og isolation hos både unge og ældre eller alkohol- og tobaksforbrug, der typisk indledes i teenagealderen. De ældre har ofte et stigende antal kroniske sygdomme, faldende funktionsevne og får ofte mere medicin. De sidste to leveår hos ældre er statistisk set dér, hvor der er flest indlæggelser og størst træk på alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Der er en demografisk udvikling i gang, med en voksende ældrebefolkning og flere der bor alene. Udfordringerne i en landkommune kan se anderledes ud end i en storbykommune blandt andet på grund af forskellig alderssammensætning, livsvilkår og den geografiske tilgængelighed.

Forebyggelse er vigtig i alle aldre, og det er vigtigt, at forebyggelse målrettes dem, der har størst behov.

En målrettet forebyggelsesindsats forudsætter, at kommunen og almen praksis får kendskab til en borger/patient, som er ved at udvikle fysisk eller psykisk sygdom, så der kan sættes ind, uanset hvilken alder borgeren/patienten har.

Mere effektiv forebyggelse forudsætter, at kommunerne og almen praksis bliver bedre til at indtænke hinanden i løsninger, at indsatser hænger sammen, og at parterne kan kommunikere elektronisk. I dag er det i høj grad baseret på, at borgeren/patienten selv skal "bære" informationer fra sektor til sektor - ofte en uoverskuelig opgave.

Med afsæt i ovenstående er PLO's forslag til forebyggelsesindsatser opdelt i følgende temaer:

1. Børn og unge i mistrivsel
2. Unge og voksne i risikogrupper
3. Ældre og kronisk syge
4. Psykiatri



Foto: Colourbox





PLØ's forslag til forebyggelsesindsatser

1. Børn og unge i mistrivsel

De første leveår er den periode, der har størst betydning for et menneskes senere tilknytningsevne, og hvor grundtræk i personligheden grundlægges eller modificeres. Mange unge familier er usikre eller mangler ressourcer, og den rette vejledning kan være af stor betydning. Den praktiserende læge følger den gravide tæt, ser familierne til børneundersøgelser og har ofte i forvejen kendskab til familierne og deres ressourcer.

Den praktiserende læge møder forældre og barn i gennemsnit 12 gange ved faste graviditets- og børneundersøgelser. Den kommunale sundhedspleje følger også familien tæt i de første leveår, og siden når der er behov.

Ved skolestart er det skolesundhedsplejen, der følger barnet ved kontroller og efter behov.

I den netop indgåede overenskomst med de praktiserende læger er det aftalt, at der skal etableres elektronisk kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje i alle kommuner, samt en opsøgende indsats overfor de børn der udebliver fra børneundersøgelser.

Fokus på de mest sårbare familier er vigtigt, og det kan konkret være relevant at kontakte familieafdelingen, hvis der er bekymring for barnets og familiens trivsel.

● **PLØ foreslår en styrket dialog med sundhedsplejen og familieafdelingen med klart beskrevne retningslinjer for samarbejdet særligt omkring de sårbare familier.**

Ifølge Vive og Vidensråd for Forebyggelse er der tegn på øget social polarisering, dalende trivsel i skolen og fortsat vækst i mistrivsel, og mindst 16 % af de 0-9-årige har betydelige mentale helbredsproblemer.

Omfattende forskning peger på, at tidlig opsporing kan forebygge mange tilfælde af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom.

Ofte kontakter forældrene den praktiserende læge, når de er bekymrede for trivslen hos et barn. Lægen har mulighed for at sende en underretning til kommunen, men det kan opleves som et alvorligt skridt, og det kan være stigmatiserende for familien.

Halsnæs Kommune vandt Den Gyldne Tråd ved at afprøve nye samarbejdsformer mellem almen praksis, PPR, familieafdelingen, sundhedsplejen og sundhedsafdelingen. Projektets formål var at forebygge, at børn og unge, som viser tegn på mistrivsel, får så alvorlige problemer, at de skal i behandling i børne- og ungepsykiatrien. Det sker ved, at de praktiserende læger nu har mulighed for at henvise børn og unge med tidlige tegn på mistrivsel direkte til Halsnæs Kommunes PPR-afdeling, som har fokus på at gribe tidligere og hurtigere ind og hjælpe børn og unge, før deres problemer udvikler sig.

● **PLØ foreslår, at det bliver muligt at benytte elektronisk kommunikation med PPR.**

I teenagetiden sker der mange kropslige forandringer. Den unge introduceres måske til alkohol, rygning og snus, og nogle prøver også stoffer. Det er i denne alder, at de fleste har deres seksuelle debut, og sociale medier i forhold til relationer og kærester fylder meget. Gaming fylder også en del i de unges tilværelse, og mange har brug for hjælp til begrænsning af tidsforbruget ved skærmen.



Mistrivsel i teenageårene kan vise sig på mange måder. Det kan påvirke skolegangen og valg af ungdoms- og videreuddannelse. Teenagere har ofte kontakt til deres praktiserende læge om blandt andet prævention og hudproblemer, og måske også kontakt på grund af, at de oplever pres, stress, angst, spiseforstyrrelser og bekymring for sygdom.

De praktiserende læger kan, når der er bekymring om mistrivsel hos et ungt menneske, spørge den unge om medievaner, sex, tobak, alkohol og stoffer.

Mistrivsel er ofte associeret med ensomhedsfølelse og en følelse af at være forkert. I de situationer kan et tilbud om gruppeforløb været et godt tilbud til den unge. For andre unge kræves et mere individuelt forløb med afklarende samtaler med en psykolog.

- **PLO foreslår, at der etableres gruppebaserede tilbud i kommunen til unge med mistrivsel, stress og angst, som den praktiserende læge kan henvise til.**

I Favrskov Kommune har man indført gratis psykologsamtaler for unge i alderen 15-25 år, og der er gode erfaringer med tilbuddet. Psykologhjælpen er anonym og journalføres ikke. Det betyder, at det, den unge fortæller, ikke bringes videre, medmindre den unge ønsker det.

Odense Kommune har haft succes med et tilbud om gratis og anonyme psykologsamtaler. De unge, der har benyttet sig af tilbuddet, giver udtryk for, at de har haft stor gavn af samtalerne. De unge har typisk henvendt sig om angst, belastninger i familien, depression, lavt selvværd og stress. Antallet af deltagere svarer til, at 3,7 procent af alle unge i Odense mellem 13 og 30 år har taget imod tilbuddet, der startede i 2017. 55 procent af de unge har efter samtaleforløbet ikke brug for yderligere behandling.

- **PLO foreslår, at kommunen for den unge etablerer mulighed for op til fem afklarende samtaler ved psykolog.**



2. Unge og voksne i risikogrupper

Livsførelse, kultur, familiære og grundlæggende sociale vilkår er medbestemmende for sundhedsudfordringer blandt unge og voksne. PLO vil med dette afsnit italesætte områder, hvor forebyggelsen bør udbygges.

ALKOHOL

Mere end en halv million danskere har et potentielt skadeligt alkoholforbrug. Heraf skønnes 147.000 at leve op til kriterierne for en afhængighedsdiagnose, og ca. 122.000 børn og unge vokser op i et hjem med alkoholproblemer. Skader forbundet med alkohol rammer socialt skævt. Forbruget af alkohol er lidt højere blandt de højtuddannede, men de fysiske og psykiske (sen)følger ses hyppigere hos de kortest uddannede

Danmark har en liberal alkoholkultur, og danskerne har et højt alkoholforbrug. Det kan være skamfuldt og svært for en borger selv at søge

hjælp med et alkoholproblem, og ofte sker det først, når problemerne er blevet for mange og for komplekse. Egen læge får ofte en viden om et alkohol(over)forbrug ved en almindelig konsultation, hvor symptomer eller lidelse kan begrunde, at alkohol nævnes som en mulig årsagsfaktor. Men også ved krisesamtaler eller via bekymrede pårørende kan egen læge få viden om et alkoholmisbrug.

Egen læge bør have mulighed for at henvise til alkoholbehandling, så patienten ringes op af kommunen og får aftalt en tid. Det er ved tidlig indsats langt fra altid nødvendigt med medicinsk alkoholbehandling. I mange tilfælde kan samtaler med en erfaren alkoholrådgiver være tilstrækkeligt, evt. suppleret med et gruppeforløb. Der bør på alkoholbehandlingssteder være en fast læge tilknyttet, der har særlig viden om alkoholbehandling, og som kan vurdere patienten og følge den medicinske behandling.

En interviewundersøgelse har vist, at egen læge er den, som borgeren først vil opsøge, hvis de har brug for en snak om et alkoholproblem. DSAM, Alkohol & Samfund og TrykFonden har aktuelt en kampagne, hvor læger opfordres til at være opmærksomme på alkoholproblematikker og spørge ind på rette tid og sted.

PLO's holdning er, at de praktiserende læger skal være opmærksomme på at spørge ind til alkoholproblematikker, når det er relevant.

● **PLO foreslår, at almen praksis skal kunne henvise til en indledende samtale ved et alkoholbehandlingssted i kommunen og kunne kommunikere elektronisk med stedet i løbet af forløbet.**



RYGNING

Danmark har før i tiden haft en meget liberal kultur omkring tobak. Men siden 2007, hvor man indførte lov om røgfri miljøer, er der taget skridt i den rigtige retning med udbredelse af flere røgfri miljøer, og et prishop på cigaretter.

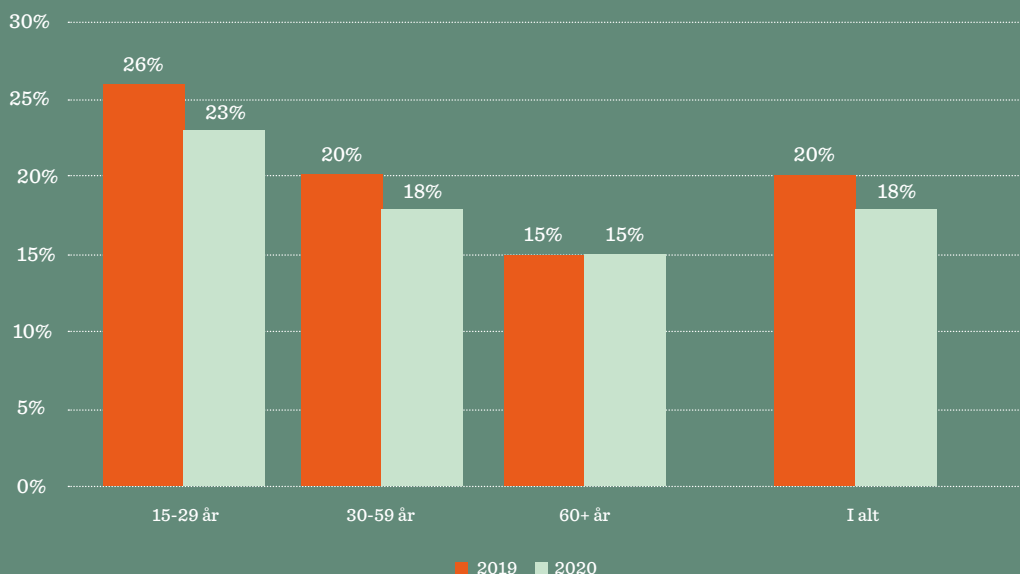
Antallet af unge rygere mellem 15-24 år er faldet fra 26 % i 2019 til 23 % i 2020.

Det er fortsat vigtigt at fastholde fokus på rygevaner og vejlede om rygestop. Den praktiserende læge spørger jævnligt ind til patientens

tobaksforbrug, især når der begynder at optræde symptomer på lunge- eller hjertekarsygdom, og, når patienten er motiveret, henviser til rygestop.

PLO foreslår, at de praktiserende læger kan henvise til rygestop blot ved at skrive "ønsker rygestop" på henvisningen.

Personer der ryger dagligt eller lejlighedsvist fordelt på aldersgrupper



Kilde: Sundhedsstyrelses rapport om danskernes rygevaner 2020



STOFMISBRUG

20 % af de 16-24-årige angiver, at de har prøvet hash inden for det sidste år, og de fleste af disse unge udvikler heldigvis ikke et varigt misbrug. Imidlertid har 20 % af dem, der har prøvet hash, også prøvet hårdere stoffer inden for det sidste år. Udbredelsen af fx kokain i nattelivet er steget, og et forbrug af hårdere stoffer giver risiko for varigt misbrug.

Mange unge ved ikke nok om de forskellige stoffers virkning og farlighed. Det er vigtigt, at lægen spørger ind til forbrug af hash og andre stoffer især ved mistrivsel og psykisk lidelse. Nogle stoffer bruges ofte som selvmedicinering, da det dulmer sanserne og bekymringer på den korte bane. På lang sigt skaber det afhængighed, som har svære sociale konsekvenser.

Kommunen varetager misbrugsbehandlingen. PLO bakker op om Lægeforeningens holdning om, at den lægelige del af behandlingen bør varetages af regionerne, da det er en kompleks behandling, og fordi mange personer med misbrug ofte har en dobbeltdiagnose, som kræver større specialisering.

● **PLO foreslår, at der skal være mulighed for elektronisk kommunikation mellem de praktiserende læger og misbrugsbehandlingsstedet for at understøtte komplekse problematikker af fysisk-, psykisk- og social karakter, som ofte følger af stofmisbrug.**

OVERVÆGT OG IMMOBILISERING

I dag er det mere almindeligt at være overvægtig end at være normalvægtig. Antallet af svært overvægtige er tredoblet på blot 20 år. Hovedårsagen er uhensigtsmæssig livsstil i forhold til kost og for lidt motion og fysisk aktivitet. 60 % af den danske befolkning er stillesiddende i mindst 8 timer på en hverdag.

Overvægt og immobilisering øger risikoen for en række sygdomme som fx diabetes, hjertekarsygdomme og slidgigt.

Også her er strukturelle tiltag, som fx reduktion af afgifter på sund mad og indretning af flere cykelstier, langt det vigtigste i forhold til varige livstilsændringer.

● **PLO foreslår, at der i alle kommuner er forebyggelsestilbud om motion, kost og sygdomshåndtering for borgere med truende livsstilssygdom, samt dem der allerede er ramt af diabetes, KOL, hjertesygdom og ryglidelser. Og at de praktiserende læger i stigende grad henviser til disse tilbud, hvor det giver mening for patienten.**



STRESS

Henvendelser fra patienter om stress fylder meget hos de praktiserende læger, og ofte medfører det sygemelding fra job, studier, lærepladser mv.

Stress er en belastningstilstand, som over tid kan føre til depression og hjertekarsygdomme, ligesom det kan føre til forværring af eksisterende kroniske sygdomme.

Det har ofte sociale konsekvenser for den enkelte. Personer, der bliver ramt af stress, har risiko for tilbage-

fald, og det er særdeles vigtigt med en tidlig indsats, fx gruppeundervisning i stresshåndtering, der kan hindre ét eller flere lange sygeforløb.

Egen læge kan følge patienten med støttende samtaler, men det er tidskrævende. Forskningen viser, at en stressramt får rigtig meget ud af samtaler med ligesindede i gruppeforløb, så den ramte kan komme videre i forhold til fx familie, partner, studie og job. Det er relevant også at tænke studievejlederne ind i løsningen, når det handler om stressramte unge.

- **PLO foreslår, at kommunerne har forebyggelsestilbud til stressramte, som den praktiserende læge kan henvise til tidligt i forløbet. Langvarig sygemelding på grund af belastningsreaktion/ stress kan dermed undgås.**
- **PLO foreslår, at der indføres mulighed for afklarende samtale/ krisesamtale hos egen læge.**



ENSOMHED

Forskning viser, at ensomme mennesker har større risiko for at blive ramt af mere alvorlig sygdom og har kortere levealder end ikke-ensomme. Det går begge veje, idet helbredsproblemer også kan føre til eller forstærke ensomhed.

Sundhedsstyrelsen har tidligere vurderet, at ensomhed koster sundhedssektoren 2,2 mia. kr. årligt på grund af ekstra lægekontakter, indlæggelser og ambulante besøg.

En større andel af befolkningen bor alene end tidligere, og det er derfor særligt vigtigt at være opmærksom på netværk som familie, venner, foreningsliv og arbejdsforhold. Arbejde er for nogen det vigtigste sociale element, og det har store konsekvenser, hvis man mister sit arbejde.

Ensomhed fører til dårlig egenomsorg og ofte til for sen henvisning til den praktiserende læge ved symptomer. Forskningen viser, at ensomhed er den største risikofaktor ved kronisk sygdom.

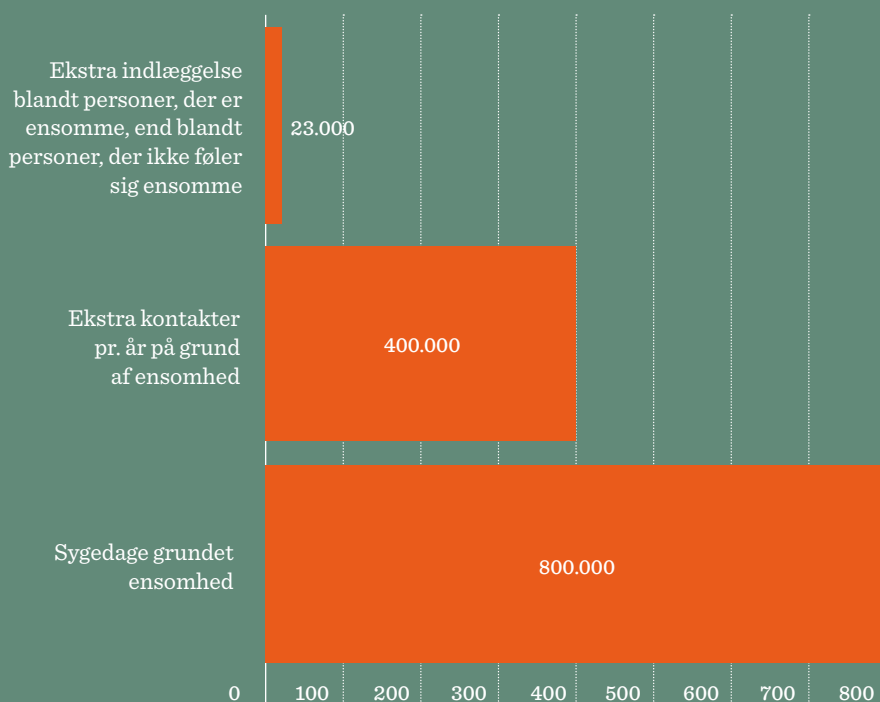
De praktiserende læger bør således spørge til netværk hos patienter med langvarig sygdom – både fysisk og psykisk.

Med en stigende ældrebefolkning skal der også tænkes på strukturelle løsninger i by- og boligplanlægningen. Fx ældrekollektiver og boligformer med et mix af generationer. Lige nu er der et fælles samfundsfokus på ensomhed, som er forstærket af de konsekvenser ved isolation og manglende muligheder for sociale kontakter, som coronapandemien har medført.

Aktuelt arbejdes der på en national strategi for ensomhed, hvor PLO

deltager, sammen med Danske Regioner, KL, Røde Kors, Ældresagen og andre interesseorganisationer. Det kan forhåbentligt resultere i mere viden om, hvad der virker, og et bedre samarbejde om at afhjælpe ensomhed og konsekvenserne heraf.

PLO foreslår, at praktiserende læger indtænker ensomhed, både ved fysisk og psykisk sygdom, som en risikofaktor på lige fod med rygning, alkohol mm.



Kilde: Sundhedsstyrelsen ((tal fra 2013-opgjort i 2016)- Tallene estimeres til at være en del højere i dag.



3. Ældre og kronisk syge

Ældrebeholdningen vokser i disse år. Opretholdes det samme plejebestand, vil udgifterne og forbruget af plejeressourcerne stige tilsvarende. Samtidig er antallet af sengepladser på sygehusene reduceret, og flere af de ambulante kontroller for visse sygdomme er flyttet fra sygehusambulatorier til almen praksis.

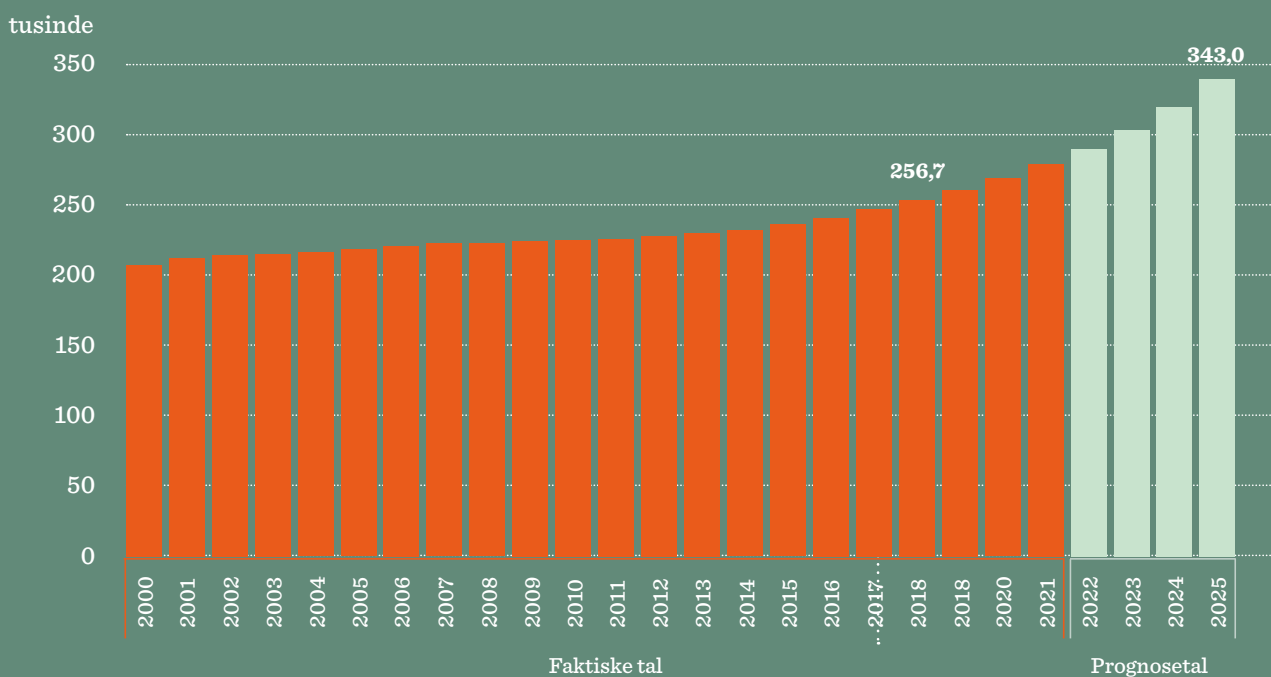
Sundhedsvæsenet er blevet tiltagende specialiseret og effektiviseret,

og sygehusene er blevet dygtige til at behandle enkeltsygdomme. Udfordringen er, at de mest sårbare ældre ofte er multisyge og multimedicerede (mere end fem slags medicin). Hver enkelt sygdom har faglige standarder, som skal følges, og det kan for patienten opleves tungt, at hver sygdom skal vurderes for sig. Den ældre patient, som har fem diagnoser, har sjældent brug for fem planer, men gerne bare én plan, udarbejdet med udgangspunkt i den ældres egen prioritering.

Det vil fremme en helhedsvurdering af de ældre og kroniske patienter. En statussamtale skal desuden tilbydes ved væsentlige ændringer i patientens livssituation, fx flytning til plejebolig og plejehjem eller tab af ægtefælle.

Allerede i 2025 vil der være 34 % flere +80-årige i forhold til 2018.

Antal + 80 årige



Kilde: Danmarks Statistik



For den ældre er det sjældent et mål at have et lavt langtidsblodsukker eller et bestemt blodtryk. Det kan i stedet være et mål at fastholde eller øge funktionsniveauet eller livskvaliteten – fx ved at kunne gå ud og handle. Det kan også være pause med medicin, der giver bivirkninger, selv om medicineringen kan øge livslængden en smule. Den praktiserende læge og klinikpersonalet har med deres kendskab til patienten en særlig mulighed for, sammen med den ældre, at sætte nogle realistiske og meningsfulde mål for den samlede behandling og prioritere indsatserne.

Ovenstående forsøges delvist imødekommet via et pilotprojekt for multisyge i regi af den aftalte overenskomst for praktiserende læger, som træder i kraft 1. januar 2022, men bør udbygges og udbredes.

- **PLO foreslår, at patienter på +75 år i højere grad skal have mulighed for helhedsvurderinger, hvor de medinddrages i vægtning af behandlingsindsatser fremfor sygdomsinddelte vurderinger.**

Mange ældre og kronisk syge får hjælp fra den kommunale hjemmepleje. Der er elektronisk kommunikation mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejen, men grundlaget for kommunikationen kan blive bedre for begge parter.

Der er ofte mange sundhedspersoner involveret i den ældre patients forløb, og det er nødvendigt, at man nemt kan få et overblik over sygdomme, ressourcer, medicin og funktionsniveau.

- **PLO foreslår, at almen praksis og hjemmeplejen har adgang til hurtigt at få et overblik over patientens sygdomme, medicin og administrationen heraf, antal daglige besøg af hjemmeplejen og patientens stillingtagen til genoplivning, og om der er lavet terminalerklæring, når patienten er døende, ved hjælp af fælles elektroniske platforme.**

Der er gode erfaringer med, at en fast læge tilknyttes plejehjem, da personale og læge får et godt samarbejde. Denne ordning er netop ved den nye overenskomst permanentgjort og planlægges udbygget. De gode erfaringer fra plejehjem bør overføres til ældreboliger.

Ældreboliger bebos ofte af ældre, der er i en fase af livet, hvor funktionsniveauet forværres betydeligt, og deres behov for lægetilsyn er stigende.

I Århus Kommune undersøgte man i 2017 indlæggelsesfrekvensen for borgere +65, der boede i plejebolig, og borgere +65, der boede i ældrebolig. Indlæggelsesfrekvensen for borgere i ældrebolig var på 229 pr. 1000 indbyggere, mod 123 pr. 1000 indbyggere for borgere i plejebolig, og frekvensen af genindlæggelser var næsten tre gange så høj.

- **PLO foreslår, at der, på samme måde som ved plejehjem, er en fasttilknyttet læge ved ældreboliger.**



4. Psykiatri

Personer med svær psykisk sygdom lever i gennemsnit kortere end resten af befolkningen, bl.a. som følge af ringe egenomsorg, der kan føre til en række kroniske sygdomme som fx diabetes og KOL. Ligesom behandlingen for den psykiske lidelse kan påvirke det fysiske helbred generelt.

I den nye overenskomst for almen praksis (OK22) er der indført sundhedstjek til borgere på botilbud og fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom.

Visse alvorligere psykiske lidelser er ofte langvarige eller livslange. Denne type kroniske psykiske lidelser er ofte forbundet med gode og dårlige perioder. Særligt i de dårlige perioder er patienten ofte i kortere eller længere tid tilknyttet den regionale psykiatri eller praktiserende psykiater. Kontakten i de gode perioder kan dog blive afgørende for, om de dårlige perioder udvikler sig negativt.

I forhold til mennesker med kronisk psykisk sygdom burde der være et langt bedre samarbejde mellem almen praksis og socialpsykiatrien efter samme principper, som der er med hjemmeplejen ved somatisk sygdom. Patienter med kronisk psykisk sygdom har ofte en meget kompleks social og psykiatrisk problematik og et sparsomt netværk.

Den praktiserende læge har viden om, hvilken gruppe af deres patienter med psykisk sygdom der er mest udsat, enten gennem konsultationer eller epikriser.

Det er vigtigt at styrke den praktiserende læges tovholderfunktion fx ved faste kontroller med fokus på både den fysiske og mentale helbredstilstand for at forebygge følgesygdomme.

Ved en bekymring om forværring af sygdom hos en patient bør egen læge og en bostøtte kunne kommunikere sammen og aftale opfølgning - også

ved akutte tilstande. Flere kommuner har etableret brugerstyrede "kommunale senge", som kan være en god støtte for patienten i disse perioder.

PLO foreslår, at det bliver muligt for almen praksis at kommunikere elektronisk med socialpsykiatrien med patientens samtykke.

Fælles forebyggelse i fremtiden

I almen praksis og i kommunen tænker man ofte i løsninger i ”egen butik”, men for patienten/borgeren giver det ikke mening, at en forebyggelsesindsats er sektoropdelt, og at parterne ikke snakker sammen. I dag kan vi ikke forestille os at rulle samarbejdet med hjemmeplejen tilbage til tiden før den gensidige elektroniske tilgængelighed.

På samme måde bør vi udbygge samarbejdet mellem praksis og kommunens andre afdelinger via e-kommunikation og virtuelle rundbordsmøder. Ved at målrette forebyggelsesindsatser til borgere eller patienter med størst behov vil vi også lykkes bedre med at imødegå ulighed i sundhed.

Vi skal væk fra kontroltankegangen, hvor man fx spørger til, hvor meget patienten drikker eller ryger, og i stedet udbygge motivationstankegangen ved at tage udgangspunkt i patientens motivation og mål og have fokus på at styrke motivationsvinduet, så vi med større succes kan henvise til det rette forebyggelsestilbud.

PLO ønsker at styrke efteruddannelse af læger og klinikpersonale i denne motivationstankegang og rettidig udspørgen, som kan styrke forebyggelse i almen praksis.

Det skal være nemt og enkelt for almen praksis at henvise til kommunens tilbud. Patienten bør tilbydes en visiterende samtale i kommunen, hvor denne inddrages i at vælge den rette indsats.

Der kan være variationer i kommunens forebyggelsestilbud alt efter befolkningsgrundlag. Men som basis bør der være de tilbud, der er nævnt i dette idekatalog.

Det er en god ide også at inddrage kommunalt-lægelige udvalg, da de praktiserende læger har viden om, hvilke tilbud der lokalt efterspørges af patienterne. Hvor det giver mening, kan et tættere samarbejde mellem de enkelte kvalitetsklynger og kommunen om fælles temaer bidrage til mere målrettede forebyggelsesindsatser.

PLO ønsker en dialog med KL om konkrete forebyggelsestiltag og at vedtage ambitiøse fællesmål. I forlængelse heraf håber vi, at ministerierne i en evt. ny sundhedsreform og 10-årsplan for psykiatrien inddrager almen praksis og høster de gode erfaringer fra samarbejdet.

Man bør i fællesskab arbejde for at udrydde de lovmæssige og kulturelle barrierer, der står i vejen for at udbygge det samarbejde mellem kommunerne og de praktiserende læger, som vi åbenlyst skal have mere af for at kunne forebygge bedre sammen. Forebyggelse tager tid, men sparer samtidigt dyre sygehusudgifter og er til gavn for samfundet og patienterne.



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION