

Vejledningen er vedtaget af overenskomstparterne som del af forhandlingsaftalen d. 21-12-2010 og gælder fra d. 1-04-2011

Vejledning om kommunalt lægelige udvalg

Indledning

Med den nye overenskomst for almen lægegerning af 1. april 2011, er det blevet fastsat, at der i alle kommuner skal etableres kommunalt lægelige udvalg (KLU).

Arbejdet i udvalgene skal bidrage til, at lægerne og kommunerne får en styrket dialog og et mere integreret samarbejde om den brede vifte af emner, der i dag er fælles for kommunernes og lægernes indsats på sundhedsområdet. Arbejdet skal styrke udvekslingen af information og tillige sikre, at de aftalte indsatsområder i overenskomsten, forløbsprogrammer og sundhedsaftaler implementeres succesfuldt.

Emner som bør behandles fast i udvalget

Viften af emner er bred og dækker over både konkrete problemstillinger og mere principielle forhold i samarbejdet. Det anbefales, at der ved hvert møde fast:

- følges op på indgåelse og udmøntning af sundhedsaftaler,
- informeres om lokale sundhedspolitiske initiativer,
- sker en drøftelse af lægedækningen, og
- foretages opfølgning i forhold til den elektroniske kommunikation mellem almen praksis og kommunen

Herudover bør der fokuseres på de faglige indsatsområder, hvor der er aktuelt størst behov.

Uddybning af emner som bør behandles fast i udvalget

10. Sundhedsaftalen mellem kommunen og regionen

- a. Det anbefales, at udvalget som et fast dagsordenspunkt drøfter det påtænkte indhold i den forestående sundhedsaftale og drøfter implementeringsaktiviteter i forhold til den foreliggende. Drøftelserne skal supplere de drøftelser som finder sted i andre fora – eksempelvis i sundhedskordinationsudvalget.

11. Nye lokale sundhedspolitiske initiativer

- a. Det anbefales, at der i udvalget er en dialog om nye sundhedspolitiske initiativer i kommunen og hos lægerne. Et eksempel herpå kan være, hvis

kommunen planlægger at etablere et sundhedscenter eller påtænker at igangsætte nye tiltag på forebyggelsesområdet. Et eksempel kan også være formidling af ny viden fra lægerne eksempelvis i forhold til arbejds-gange og procedurer mellem lægerne og sygehusenes afdelinger, som har relevans for den kommunale indsats.

12. Lokale lægedækningsproblemer og mulig kommunal medvirken til løsninger

- a. Overenskomst om almen praksis rummer en række bestemmelser, der skal sikre, at der er lægedækning i alle egne af landet, jf. overenskomstens kapitel III. Det anbefales, at der efter behov i det kommunalt læge-lige udvalg finder en drøftelse sted af, hvordan kommunen og lægerne i kommunen ser på lægedækningssituationen. Drøftelserne kan tjene til gensidig oplysning om arbejdet med at løse lægedækningsproblemerne og dialogen med regionen herom. Det gælder også i de situationer, hvor der pga. en læges pludselige ophør opstår en særlig lægemangelsituation. Særligt vil det være naturligt, at der finder en drøftelse sted om emnet, inden kommunen høres af regionen i forhold til udarbejdelse af en ny praksisudviklingsplan.
- b. Fremover vil der forud for udarbejdelse af praksisudviklingsplan blive indført fast høring af kommunerne som en del af overenskomsten. Formuleringen i overenskomstens § 5, stk. 4 lyder således: ”Forud for udarbejdelse af praksisudviklingsplanen skal der gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen om, hvilke behov de ser i forhold til læge-dækningen. Høringen skal endvidere afdække, hvilke initiativer der fra kommunal side er igangsat eller påtænkes med henblik på at fremme og facilitere flerlægepraksis. Initiativerne kan blandt andet omfatte, at der i kommuneplanen udpeges egnede arealer til lægepraksis og at der gives mulighed for etablering af lægepraksis ved ændringer i eksisterende byg-ningsmasse med henblik på udlejning samt ved planlægning af nye by- og boligområder. Endvidere kan der være tale om etablering af sundhedscent-re, hvor almen praksis indtænkes og hvor kommunen ønsker at udleje lokaler til praktiserende læger.”

13. IT kommunikation mellem almen praksis og kommunen

- a. Som en del af overenskomst om almen praksis er der udarbejdet en ram-meaftale om elektronisk kommunikation mellem en kommune og lægerne i kommunen, jf. overenskomstens § 103, stk. 5. Rammeaftalen er optrykt i overenskomsten under ”øvrige aftaler.”. Rammeaftalen bør behandles i udvalget. Er der enighed om at bringe rammeaftalen i anvendelse oriente-res samarbejdsudvalget herom.

Uddybning af emner som behandles i udvalget efter behov

Nedenstående emner anbefales drøftet alt efter behov. Listen er ikke udtømmende og kan udbygges lokalt.

Emner der vedrører de kommunale sundhedsopgaver

14. Status på kommunens træningsindsats

Da kommunerne overtog ansvaret for at tilbyde ambulante genoptræning til patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter sygehusindlæggelse, steg kommunernes behov for samarbejde med egen læge om patientens forløb samtidig. Men det kan også dreje sig om samarbejde om, hvordan et genoptræningsforløb afsluttes, herunder om der sendes en slutstatus til patientens egen læge. Herudover kan det drøftes om der opleves udfordringer i forhold til indhold, effekt, kommunikation, kapacitet, ventetider mv.

15. Samarbejdet om den ældre medicinske patient/demente

En stor del af samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger omfatter de ældre medicinske patienter samt borgere med demenssygdomme. Samarbejdet indbefatter hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og de enkelte plejecentre i kommunen, der plejer og tilser disse patienter. Det er derfor relevant, at udvalget drøfter det pågående samarbejde om denne store gruppe, herunder udmøntningen af sundhedsaftaler og/eller kommende nationale handlingsplaner for begge grupper.

16. Henvisningsmønstre, herunder vederlagsfri fysioterapi

Det anbefales at drøfte henvisningsmønstre på de enkelte områder. Særligt bør henvisningsmønstrene til vederlagsfri fysioterapi drøftes med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning. Det handler både om kommunernes vedligeholdende tilbud på træningsområdet, der i en del tilfælde vil være et alternativ til at henvise til vederlagsfri fysioterapi. Samt om de tilbud indenfor rammerne af ordningen om vederlagsfri fysioterapi, som kommunerne har fået mulighed for at oprette. Drøftelserne skal blandt andet tjene til, at kommunen får fuld information i forbindelse med overvejelser om at målrette eventuelle kommunale tilbud til borgere med særlige diagnoser (diagnose-specifikke tilbud). Kommunen kan derudover blandt andet inddrage information fra de status- og undtagelsesredegørelser, som kommunen har fra samarbejdsudvalget på fysioterapiområdet. Samtidig skal drøftelserne styrke lægernes mulighed for at kunne opfylde informationsforpligtelsen om, at borgere har frit valg mellem at få deres tilbud i praksissektoren eller i et evt. kommunalt tilbud.

17. Forebyggelsesområdet

De praktiserende læger kan i forhold til livsstilsændringer hos den enkelte patient henvise til kommunale tilbud, såvel borgerrettede som patientrettede,

eksempelvis rygestoptilbud. Det anbefales, at udvalget løbende drøfter, hvilke tilbud der er til rådighed såvel i kommunen som i almen praksis, kvaliteten heraf samt antallet af patienter, der henvises til de enkelte tilbud fra almen praksis.

18. Det socialmedicinske samarbejde

- a. I overenskomst om almen praksis er der bestemmelser vedr. socialmedicinsk samarbejde efter anmodning fra kommunerne eller på initiativ af lægen. Det er en forudsætning, at der er tale om en konkret patient, tilmeldt lægen, og ikke blot en generel diskussion af sundhedsplejen o.lign. Relevante emner til drøftelse i udvalget kunne være, om der opleves problemer af generel karakter i dette samarbejde om enkeltpersoner, og om mulighederne i overenskomsten udnyttes i tilstrækkelig grad i det socialmedicinske samarbejde. En særlig målgruppe for drøftelserne kan være social-medicinsk samarbejde i komplicerede sager om børn og unge.
- b. Det social medicinske samarbejde reguleres endvidere af Aftale mellem Lægeforeningen og KL om Socialt lægeligt samarbejde.

19. Børne/ungeområdet – herunder samarbejdet med sundhedsplejerskerne og kommunallægerne (børne- og ungelægerne) samt familieafdelingen (sagsbehandlere og psykologer).

Relevante emner til fælles drøftelse i kommunalt – lægelige udvalg kunne være:

- a. Samarbejdet generelt omkring sundhedsfremme og forebyggelse
- b. Samarbejde omkring sårbare gravide
- c. Forebyggelse af uønsket graviditet, forebyggelse af rygestart, uhensigtsmæssig alkoholadfærd, rusmidler mv.
- d. Samarbejde omkring fedme og overvægt, herunder hvordan indsatsen kan koordineres,
- e. Overgang fra 5 års alderen til den kommunale sundhedsordning
- f. Henvisninger fra sundhedstjenesten til praktiserende læge og omvendt
- g. Samarbejdet med PPR og kommunens familieafdeling
- h. Samarbejdet omkring sårbare/truede børn.

20. Psykiatri og misbrug

- a. På det psykiatriske område kan samarbejdet med fordel udvikles såvel i forhold til børn, unge og voksne og i forhold til personer med lettere eller vanskeligere psykiske problemstillinger. Behovet ses for eksempel i arbejdsmarkedssager, der vedrører borgere med lettere psykiske problemstillinger, i sager med børn og unge (børn af psykisk syge, unge med angst mv.), i forbindelse med koordinering af udskrivninger fra behandlingspsykiatrien og i forbindelse med tvangsindlæggelser.
- b. Samarbejdet omkring psykiatriske patienter med misbrug (dobbel diagnose) er meget komplekst, idet misbrugsbehandlingen er en kommunal

- opgave og selve den psykiatriske behandling er en regional opgave (praktiserende læge/speciallæge eller sygehus afdeling). Udvalget kan evt. udvikle en samarbejdsmodel for denne patientgruppe.
- c. I forhold til alkoholmisbrug, er der en lang række borgere, der er i behandling hos de privatpraktiserende læger. Lægerne er således i kontakt til storforbrugere og samarbejdet og samspillet med kommunernes tilbud bør derfor drøftes.
 - d. Et andet tema kunne være, hvorledes borgere, der er blevet afhængige af lægeordineret medicin vejledes og forsøges udtrappet af medicinen.

21. Samarbejdet om at få syge hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet

Der er et stort behov for samarbejde mellem kommuner og de praktiserende læger vedr. sygemeldte borgere fx samarbejde mellem almen praksis, kommune og jobcenter. Samarbejdet knytter sig særligt til en drøftelse af de indsatser, der kan muliggøre, at borgeren vender tilbage helt eller delvist på arbejdsmarkedet.

Relevante emner kan i den forbindelse være knyttet til, hvordan samarbejdet generelt fungerer, herunder hvilke attester mv. det er relevant at anvende i forbindelse med sygemeldte borgere, og hvordan disse attester bruges mest hensigtsmæssigt, fx muligheds-erklæring.

22. Kronikerindsatsen

Det kommunalt-lægelige udvalg kan drøfte hvordan indsatsen konkret udmøntes i kommunen. Det kan eksempelvis ske ved at drøfte opsporing, implementering af tilbud i henhold til forløbsprogrammer for specifikke kroniske sygdomme, varetagelse af tovholder- og forløbskoordinatorfunktion mv.

23. Det palliative arbejde

Det kommunalt-lægelige udvalg kan drøfte hvordan indsatsen konkret udmøntes i kommunen. Der indgår ofte mange forskellige aktører fra både region og kommune i det enkelte palliative forløb og borgeren/patienten kan have meget vanskeligt ved at overskue sin egen situation.

24. Polyfarmacipatienter og medicin håndtering

- a. Drøftelse af samarbejdet mellem almen praksis og kommunens hjemmepleje i forhold til borgere, hvis medicin håndteres af hjemmeplejen. Målet er at medvirke til at sikre en mere korrekt medicin håndtering.
- b. Dosisdispensering kan være et velegnet redskab til sikker medicin håndtering. Udvalget kan drøfte hvilke patientgrupper der er egnede til dosisdispenseret medicin og som kan få glæde af det.
- c. Samarbejdsaftaler mellem hjemmeplejen, apoteker og lægerne omkring selve håndteringen af dosisdispensering til de egnede patientgrupper kan drøftes.

25. De kommunale praksiskonsulenters arbejde

- a. Praksiskonsulenter kan medvirke til at udbygge samarbejdet mellem kommunen og almen praksis, styrke informationsudvekslingen og følge op if. implementeringsaktiviteter. Det er derfor naturligt, at der kan være anledning til at overveje hvordan der skabes synergi mellem praksiskonsulentens arbejde og arbejdet i de kommunalt lægelige udvalg. Det kan derfor være hensigtsmæssigt, at udvalget drøfter, hvilke opgaver der er særligt væsentlige, at praksiskonsulenterne medvirker til at løse. Det er en overvejelse om praksiskonsulenten, alt efter emne, med fordel kan deltage i hele eller dele af mødet.
- b. Det skal samtidigt understreges, at praksiskonsulenten er ansat af kommunen.

Organiseringen af udvalget

Der er enighed om at arbejdet i det kommunalt lægelige udvalg (KLU) sker under hensyntagen til mindst mulig brug af lægelig tid og ressourceanvendelse.

De kommunalt-lægelige udvalg afholder møder minimum 2 gange årligt, varigheden er op til 3 timer pr. møde efter behov. De deltagende læger (i alt 2 læger) honoreres for deltagelse. Udgiften afholdes af kommunen. En dagsorden sendes til udvalgets medlemmer senest to uger inden mødet afholdes. De nærmere forhold omkring møderne aftales lokalt.

Blandt de lokale læger – i kommuner med lokale lægelaug – udpeges 2 lægelige medlemmer til det kommunalt-lægelige udvalg. Hvis der endnu ikke er etableret lægelaug i kommunen udpeges det kommunalt-lægelige udvalgs lægelige medlemmer af kommunens læger efter vejledning fra praksisudvalget i regionen. Lægerne udpeger 2 lægelige medlemmer. Lægerne kan lade sig erstatte af andre læger i sager hvor lægerne skønner noget sådant er hensigtsmæssigt. De udpegede læger kan endvidere lade sig supplere af andre læger, hvor lægerne skønner noget sådant er hensigtsmæssigt (sidstnævnte udløser dog ikke honorar).

Kommunerne forestår sekretariatsbetjeningen af udvalget. Kommunerne honorerer som hidtil de deltagende læger, jf. § 104, stk. 3 i overenskomsten.

Bemærkning:

Det anbefales, at et af kommunens medlemmer samtidig er kontaktperson for udvalget.

Med indførelsen af faste udvalg skal kommunen ikke længere informere Samarbejdsudvalget om tidsforbruget.

Udvalgets kompetencer og indgåelse af aftaler

Udvalget kan udarbejde vejledende retningslinier for den fremtidige procedure inden for relevante samarbejdsområder med henblik på at sikre, at indsatsen over for den enkelte borger optimeres. Udvalget kan tage initiativ til nyhedsbreve, informationsmøder og andre former for kommunikation med henblik på at inddrage kommunens læger og give dem ejerskab til det arbejde, der foregår i det kommunalt-lægelige udvalg. Hvis kommunen har ansat en praksiskonsulent kan denne bidrage.

Hvis der er brug for egentligt forpligtende aftaler kan endelig aftale ikke indgås i det kommunalt-lægelige udvalg, men nedenstående procedure følges. Det samme gælder, hvis der er tale om at fastlægge opgaver, som ikke honoreres efter den gældende overenskomst om almen lægegerning, og der derfor skal aftales en særlig honorering:

1. Når der er opnået enighed i det kommunalt-lægelige udvalg om et aftaleudkast kan aftaleudkastet
 - a. **enten** fremsendes til det regionale samarbejdsudvalg med anmodning om at aftalen formaliseres som en såkaldt § 2-aftale
 - b. **eller** fremsendes til det regionale praksisudvalg med henblik på bilateral aftaleindgåelse direkte mellem kommunen og praksisudvalget.

Ad a) Fremgangsmåden med indgåelse af § 2-aftale kan benyttes, hvor der er behov for at pålægge kommunens praktiserende læger egentlige bindende forpligtelser og hvor man ønsker at overtrædelse skal kunne sanktioneres efter det gældende sanktionssystem i overenskomst om almen praksis. § 2-aftale kan også komme på tale, hvor der indføres en ny opgave, der ikke honoreres efter overenskomsten, og der således ønskes aftalt en særlig honorering. Honoraret ifølge en § 2-aftale udredes af regionen, også selv om § 2-aftalen kun vedrører en enkelt kommune.

Ad b) Fremgangsmåden med indgåelse af en bilateral aftale direkte mellem kommunen og praksisudvalget kan benyttes i tilfælde, hvor det ikke er relevant at kunne benytte overenskomstens sanktionssystem. Hvis der i en sådan aftale indgår en særlig honorering udredes honoraret af den kommune, der indgår aftalen ¹.

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

¹ Det forudsættes, at der mellem kommunen og regionen indgås aftale om, at afregning af honorar kan foregå ved hjælp af regionens afregningssystem.