



**DANSKE
REGIONER**

**BEDRE SUNDHED
VISION FOR ET
BÆREDYGTIGT
SUNDHEDSVÆSEN**

VISION FOR ALMENE PRAKSIS



Borgerne skal have et attraktivt, effektivt, sammenhængende og tilgængeligt tilbud om almen lægehjælp i hele landet

De kommende mange år vil ressourcerne i vores sundhedsvæsen være knappe. Vi står lige nu ved begyndelsen til en periode, hvor den demografiske udvikling vil lægge et stort pres på hele den offentlige sektor. Manglen på arbejdskraft vil fremadrettet være en massiv udfordring.

Udviklingen af nye behandlingsformer og teknologi, højere forventninger fra borgerne mv. vil være med til at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet men vil samtidig betyde ressourcemæssige udfordringer for sundhedsvæsenet.

Vi lever længere og har dermed ofte behov for sundhedsvæsenets ydelser i længere tid. Udredning og behandling af flere borgere med kroniske sygdomme trækker store ressourcer i vores sundhedsvæsen. Behandling af kronisk sygdom kræver en langvarig og kontinuerlig indsats til forskel fra en akut og episodisk indsats. Sidstnævnte tilgang er det specialiserede sundhedsvæsen i høj grad bygget op omkring i dag.

Samtidig er sundhedsvæsenet presset på at levere en samlet sammenhængende indsats for den enkelte borger. Vi er ikke gode nok til at skabe sammenhængende og sømløse forløb – og samtidig ved vi, at det er noget af det, som borgerne efterspørger allermost. For mange borgere vil sammenhæng mellem sundhedsvæsen og socialvæsen lige så vel være essentiel.

En ny tilgang

For at imødekomme disse massive udfordringer, er vi nødt til at se med nye øjne på vores sundhedsvæsen og betragte det ud fra en ny tilgang. Der er behov for innovation og nytænkning i vores måde at betragte befolkningen og deres behov og ønsker; i måden vi samarbejder om at skabe sundhed og mindske risiko for sygdom i befolkningen; i måden vi organiserer sundhedsvæsenet, så opgaverne bliver løst ud fra et hensyn til borgernes behov og ønsker og økonomisk efficient på samfundsniveau og ud fra et hensyn om at skabe mest mulig sundhed for befolkningen (jf. Triple Aim).

I en dansk kontekst skal vi derfor sætte fokus på, hvordan vi i sundhedsvæsenet kan blive langt bedre til at se på konkrete befolkningsgrupper, skaffe viden om og vurdere deres behov og ønsker, tænke i forebyggelse og tidlig opsporing og målrettede indsatser og tilbud specifikt til de forskellige målgrupper i stedet for den fremherskende "one size fits all" tilgang.

Vi skal også blive meget bedre til at se sundhedsvæsenet som en samlet økonomi, hvor alle aktører bidrager til, at opgaver organiseres og løses i rammer, der er omkostningseffektive ud fra et mere samlet samfundsperspektiv.

Og vi skal se på, hvordan vi kan skabe incitamentter til, at alle aktører har fokus på kvalitet, sammenhængende forløb og en indsats, der er tilrettelagt ud fra den enkeltes behov og ønsker.

Almen praksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

I det danske sundhedsvæsen har almen praksis en rolle og funktion, der har afgørende betydning for den samlede effektivitet og kvalitet af sundhedsvæsenet.

Et nært og tilgængeligt tilbud om almen medicinsk lægehjælp er en af grundstenene i det danske sundhedsvæsen. Der ligger en særlig faglighed og kvalitet i den almen medicinske kompetence - generalisten, der er god til at tage sig af det hele menneske, der kan tage sig af bredden og samspillet af medicinske problemstillinger og er god til vurdere symptomer og eventuelt visitere til relevant speciallægehjælp.

Almen praksis løfter i dag en stor og vigtig opgave i forhold til at diagnosticere og afklare, om borgerne skal henvises videre til det specialiserede sundhedsvæsen. 9 ud af 10 kontakter afsluttes eller bliver i almen praksis.

Det er regionerne, der har ansvaret for at tilvejebringe et nært almenmedicinsk tilbud til borgerne i Danmark – vi har forsyningsforpligtelsen. Og de alment praktiserende læger med ydernumre og overenskomst med regionerne leverer et 100 procent offentligt finansieret tilbud til borgerne. I dele af Danmark, hvor det ikke har været muligt at besætte ydernumre, tilvejebringer regionerne det almenmedicinske tilbud gennem udbud eller regionsklinikker, hvor bl.a. læger med speciale i almen medicin er ansat til at varetage de tilmeldte borgeres behov for almenmedicinske ydelser i dagtiden.

Den almen medicinske kompetence er en knap ressource. Derfor er det relevant at se på, hvordan det almenmedicinske tilbud kan organiseres bæredygtigt – fagligt og økonomisk – og hvad det kræver af løsninger for, at borgerne har et attraktivt, effektivt, sammenhængende og tilgængeligt tilbud om almen lægehjælp i hele landet.

Regionerne vil derfor udvikle og investere i almen praksis. Og pejlemærkerne for udviklingen vil have rod i ovennævnte tilgang.

Fremtidens almen praksis skal spille den primære rolle i forhold til den enkelte borger med almene medicinske behov – og samtidig indgå som en integreret del af sundhedsvæsenet og medvirke til at løse sundhedsvæsenets generelle udfordringer.

Fremtidens almen praksis skal rustes til at klare flere opgaver, særligt i forhold til kronikere. Det kræver bl.a., at ressourcerne i almen praksis anvendes bedst muligt, at fagligheden styrkes, at de praktiserende læger arbejder med data som led i kvalitetsudvikling mv., og at almen praksis forpligter sig på at indgå og løse opgaver i et sammenhængende sundhedsvæsen.

I det følgende udfoldes regionernes vision for almen praksis. Visionen beskriver også, hvordan regionerne vil understøtte almen praksis.

Vision for almen praksis

Ny rolle og nye opgaver



Regionerne vil understøtte almen praksis i at arbejde populationsbaseret. Fremtidens almen praksis skal have som mål at skabe mest mulig sundhed for de borgere, der er tilknyttet den enkelte praksis

Fremadrettet vil det være nødvendigt, at sundhedsvæsenet samlet set fokuserer endnu mere på den del af befolkningen, der særligt er i risiko for at udvikle sygdom eller forværring af sygdom. Der kan være mange grunde til, at man er i risiko for at udvikle sygdom. Risikofaktorer kan fx være, at man er socialt udsat, har begrænset socialt netværk, har stress, har forhøjet blodtryk, at man har haft blodprop i hjertet osv. Indsatsen over for den enkelte kan være forskellig og afhængig af årsagen til, at man er i risiko for at udvikle sygdom eller forværring af sygdom.

Populationstankegangen retter fokus mod, at der samlet set skal skabes mest mulig sundhed i den population, man har ansvaret for. Denne tilgang vil således også være udgangspunktet for en mere systematisk tilgang til at målrette ressourcerne i almen praksis til den del af de tilmeldte borgere, som har størst behov.

Tilgangen lægger ikke op til, at man skal holde op med tage udgangspunkt i individet. Nærmere tvært imod. Det handler om, at lægen handler mere opsøgende i forhold til den enkelte borger og ikke venter på, at borgeren optræder i almen praksis. Et redskab til det er netop at arbejde med risikostratificering. På den måde vil borgere, der typisk ikke banker på lægens dør blive mere synlige for den praktiserende læge.

Den alment praktiserende læge skal helt generelt indtage rollen som borgernes patientansvarlige læge. Det indebærer bl.a. en mere proaktiv tilgang til de borgere, der er tilknyttet den enkelte praksis.

Med populationstankegangen flyttes fokus fra at betragte almen praksis som gate keeper for det specialiserede sundhedsvæsen til, at fremtidens alment praktiserende læge har som mål at skabe mest mulig sundhed for de borgere, der er tilknyttet den enkelte praksis. Dette nye fokus ændrer ikke på, at borgernes behov skal løses ud fra LEON-princippet. Det betyder, at gate keeper-funktionen får en mere langsigtet dimension og et mere proaktivt fokus.

Tilgangen vil sætte fokus på nødvendigheden af en stærk og forbundet primær sektor, hvor der vil være et tæt samspil mellem kommune og almen praksis om særligt sårbare borgere på tværs af sundheds- og socialområdet. Populationsbetragtningen som et fælles udgangspunkt vil gøre det muligt at skabe fælles indsatser, som er målrettet de borgere, der særligt er i risiko for at udvikle sygdom eller opleve forværring af sygdom.

Fremtidens almen praksis vil i samarbejde med region og kommune og ved brug af data arbejde mere med tidlig opsporing. Det kan fx være sårbare diabetespatienter med psykiatriske problemstillinger, som af den ene eller anden grund ikke kommer jævnligt i almen praksis.

Eksempel

En region, en kommune og de alment praktiserende læger i kommunen har startet et samarbejde om borgerne med diabetes i kommunen. Som led i samarbejdet havde man fra regionen trukket tal for, hvor mange borgere der led af diabetes og også specifikke tal for, hvor stor en andel af borgerne der havde fået foretaget fodundersøgelse i enten sygehusregi eller i almen praksis. Det viste sig, at ca. halvdelen af diabetespatienterne ikke havde fået foretaget fodundersøgelse hverken på sygehuset eller i almen praksis.

For en diabetespatient kan et ubehandlet fodsår have store konsekvenser og i værste tilfælde føre til amputation af foden, og hvad der deraf kan følge af forringede levekår. Der var således et stort forebyggelsespotentiale i forhold til diabetespatienterne i kommunen.

Sammen aftalte region, kommune og almen praksis at sætte øget fokus på diabetespatienterne. Det blev aftalt, at kommunens medarbejdere hyppigt og løbende skal tjekke diabetespatienternes fødder og tage kontakt til den kommunale sårsygeplejerske ved begyndende rødme eller sår dannelse. Desuden aftalte man, at sygeplejerskerne i almen praksis skulle øge fokus på at udføre fodundersøgelser på diabetespatienterne.



Regionerne vil understøtte almen praksis i at varetage behandlingen af mennesker med kronisk sygdom

Hvis vi også i fremtiden skal have et bæredygtigt sundhedsvæsen, der leverer høj kvalitet, er det nødvendigt at have en bevidst og mere systematisk tilgang til, hvilke opgaver der løses bedst i hvilket regi. Og herunder hvilke opgaver den enkelte borger selv kan løse. Målet er at skabe værdi og kvalitet for borgerne og finde frem til den måde at løse opgaven, som er mest mulig omkostningseffektiv og med fokus på positiv effekt på befolkningens sundhedstilstand.

Regionerne vil understøtte almen praksis i at varetage denne opgave gennem en systematisk og klar adgang til bl.a. specialistrådgivning.

Hvis vi også i fremtiden skal have et bæredygtigt sundhedsvæsen, der leverer høj kvalitet, er det nødvendigt at have en bevidst og mere systematisk tilgang til, hvilke opgaver der løses bedst i hvilket regi. Og herunder hvilke opgaver den enkelte borger selv kan løse. Målet er at skabe værdi og kvalitet for borgerne og finde frem til den måde at løse opgaven, som er mest mulig omkostningseffektiv og med fokus på positiv effekt på befolkningens sundhedstilstand.

Fremtidens almen praksis skal løfte flere opgaver i forhold til mennesker med kronisk sygdom. I fremtiden skal den praktiserende læge være den primære omsorgsgiver for mennesker med kroniske sygdomme og som udgangspunkt løse alle opgaver omkring udredning, behandling, monitorering og kontrol. Det er fx mennesker med diabetes, KOL eller hjertesygdom. Dele af opgaverne løses allerede i almen praksis, men det betyder nogle steder, at opgaver skal flyttes fra sygehusambulatorierne til almen praksis. Det vil styrke borgerens adgang til det nære sundhedstilbud af høj kvalitet.

Regionerne vil understøtte almen praksis i at varetage denne opgave gennem en systematisk og klar adgang til bl.a. specialistrådgivning.



Regionerne vil sikre samspillet mellem almen praksis, regioner og kommune og dermed et sammenhængende sundhedsvæsen. Det forudsætter et mere forpligtende samarbejde mellem aktørerne

Patientoplevelt sammenhæng er en af sundhedsvæsenets største achilleshæle. For nogle borgere er det lige så vel essentielt, at der er sammenhæng på tværs af sundheds- og socialvæsenet.

De regionale sygehuse, almen praksis og kommune skal i højere grad fungere som forbundne kar og som hinandens forudsætninger i samarbejdet om et fælles mål – at skabe resultater for borgeren i form af højst mulig livskvalitet. Det indebærer også et samarbejde om at forhindre, at befolkningen udvikler sygdom eller forværring af sygdom. Almen praksis skal indgå i samarbejdet som en ligeværdig og forpligtende part, der påtager sig de roller og opgaver, der er aftalt centralt og lokalt.

Regionerne vil sikre, at opgaver og opgaveløsning i almen praksis understøttes af sygehusene, og at sygehusene er tilgængelige for dialogen med almen praksis. Det kræver, at der udvikles dialogformer, således at almen praksis har let tilgængelighed til specialistrådgivning fra sygehusene. Rådgivning af almen praksis i forhold til udredning og behandling af patienter kan både foregå telefonisk og via mail-sparring. Dialogformerne skal være formaliserede, og der skal være fuldstændig klarhed over, hvilken muligheder den enkelte praktiserende læge har for sparring.

Et af kernelementerne i et styrket samarbejde omkring borgeren vil bestå i at styrke de formelle rammer for samarbejde. Der er først og fremmest tale om at styrke det forpligtende samarbejde mellem sektorerne. Hvad end det er sygehuset, almen praksis eller kommunen, der løser en opgave, skal de andre aktører være forvisset om, at den løses med tilstrækkelig faglighed, kvalitet og økonomisk efficient betragtet på samfundsniveau.

I tråd med ovenstående skal det i højere grad være muligt at "bestille" hos hinanden og holde hinanden informeret. Der skal være en mere direkte overlevering af patienter på tværs af sektorer. På den måde skal en indsats i en sektor ikke ses adskilt fra et opfølgende forløb i en anden sektor. Med andre ord er der brug for at videreudvikle

sundhedsaftaler, forskellige planer for den enkelte borgers forløb eller rettigheder og vurdere, om de virker forpligtende, således at borgerens forløb altid følges op, når der er overgang fra én sektor til en anden.

Kommunikationen mellem sektorerne skal være struktureret, hurtig og strømlinet. Det gælder også elektronisk kommunikation herunder epikriser og henvisninger. Der skal ses på, om vi i dag har de rigtige elektroniske muligheder til at overlevere oplysninger om borgere mellem sektorer. Det gælder både om at vurdere, om det i dag er muligt at overlevere de fagligt relevante oplysninger om borgeren, samt at se på om kommunikationsredskabet er nemt at anvende og giver faglig mening i forskellig praktiske kontekster. Datastrøm mellem sektorerne er en forudsætning for sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet.



Regionerne vil skabe incitamenter hos alle parter til, at borgeren der er i kontakt med sundhedsvæsenet så vidt muligt kommer tilbage til sit normale liv

Det skal skabes incitamenter hos alle parter til, at borgeren, der er i kontakt med sundhedsvæsenet, så vidt muligt kommer tilbage til sit normale liv. Alle aktører har dette som fælles mål. Redskaber kan fx være bundled payment eller afregningsmodeller med udgangspunkt i værdibaseret styring. Det betyder, at de rammer, der handler om honorarstrukturer og incitamenter for almen praksis også skal videreudvikles, så de understøtter effektivitet, sammenhæng mellem sektorer samt skabe værdi for patienten. Helt grundlæggende skal disse former for rammer bedst muligt understøtte den rolle og de opgaver, som almen praksis skal løse. Herunder opgaven som patientansvarlig for de borgere, der er tilknyttet praksis.

Eksempel

I Holland lavede man i 2015 en reform af honorarmodellen i almen praksis. Modellen består af tre afregningssegmenter. Segment 1 dækker honorar per tilmeldt, konsultationstakst herunder også telefonkonsultation samt løbende kontrol af mennesker med psykiske lidelser. Taksterne er fastsat centralt. Segment 2 dækker takster for ydelser i forbindelse med multidisciplinære indsatser for mennesker med diabetes, risikohåndtering af mennesker med hjerte-karsygdomme, astma og KOL. Segment 3 dækker takster for ydelser, man kan vælge at tilbyde ud fra et princip om pay for performance eller innovationstiltag.

Sundhedsmyndighederne i Holland forventer, at den enkelte praktiserende læges indtjening vil bestå af cirka 75 procent basishonorar, konsultationstakst samt kontrol af mennesker med psykiske lidelser, 15 procent for særlig kronikerindsats og endelig 10 procent forbundet med pay for performance og innovation.

Høj faglighed og dokumenteret kvalitet



Regionerne vil bidrage til fagligheden i almen praksis og bidrage til at udvikle strukturer, der understøtter den løbende kvalitetsudvikling

Fremtidens almenmedicinske tilbud er bedre rustet til at arbejde opsøgende i forhold til de borgere, der er tilknyttet praksis, og til at udrede og behandle patientgrupper med kroniske sygdomme. Det forudsætter bl.a., at den almenmedicinske kompetence løbende videreudvikles og understøttes. En anden meget vigtig forudsætning er udvikling af rammerne for at arbejde med kvalitetsudvikling og datadrevet forbedringsarbejde.

En af måderne til at styrke fagligheden i almen praksis kan være gennem formaliserede faglige fællesskaber i form af klynger af flere praksis. Klynger kan bidrage til at skabe kvalitetsudvikling via faglige fællesskaber i større enheder. Organisering af almen praksis i klynger kan også understøtte, at almen praksis kan ansætte mere og andet personale.

Eksempel fra Holland

I Holland eksisterer der forskellige organiseringsformer, hvor praktiserende læger går sammen i netværk, herunder også netværk der omfatter andre faggrupper. Der er ikke krav til, at praktiserende læger skal gå sammen i forskellige netværk og fællesskaber, og organiseringsformerne er baseret på frivillighed. Konstruktionen af organiseringsformer varierer fra løse former for samarbejde baseret på samarbejdsaftaler til private virksomheder med en ansat leder og overskudsdeling mellem ejerne.

Nogle praktiserende læger indgår i fællesskaber med op til 100 praktiserende læger. Disse fællesskaber tager sig blandt andet af behandling af kronisk sygdom, og ved at gå flere praktiserende læger sammen er der mulighed for at specialisere behandlingen inden for udvalgte kroniske sygdommen. Organiseringen kan være med til at understøtte kvaliteten i behandlingen af kronisk syge i den enkelte praksis ved blandt andet akkreditering og systematisk efteruddannelse. Derudover kan fællesskaberne også have en administrativ funktion ved blandt andet at stå for kontrakter med forsikringselskaber, afregning, kommunikation, mv.

Eksempel fra Skotland

Skotlands regering har sammen med de skotske praktiserende lægers organisation besluttet, at alle almen praksis fra 2016/2017 skal organiseres i klynger. Klyngerne vil som udgangspunkt bestå af 4-8 almene praksis med en tilknyttet patientpopulation på omkring 20.000-40.000 patienter. Klyngerne skal fungere som en slags kvalitetsgrupper, som skal arbejde med at udvikle kvaliteten i den enkelte praksis såvel som kvaliteten af andre sundheds- og sociale indsatser i lokalområdet. Hver praksis udvælger en praksiskvalitetsleder, som mødes med klyngens andre praksiskvalitetsledere regelmæssigt for at diskutere kvaliteten af den lokale behandling. Hver klynge skal desuden vælge en såkaldt klyngeleder, som frikøbes nogle timer om måneden til at deltage i udviklingen af det samlede regionale og lokale sundhedsvæsen og til at varetage koordination indenfor klyngen. Alle klyngelederne deltager desuden i møder under en regional leder med drøftelser om efteruddannelse og kvalitetsudvikling. Klyngelederen har til ansvar at sikre et målrettet og datadrevet kvalitetsarbejde internt i klyngen, og klyngelederen er desuden talerør for behovet for at udvikle kvaliteten i andre sundheds- og sociale indsatser i lokalområdet.

Kvalitetsudviklingen, både internt og eksternt, skal i høj grad understøttes af data omkring den enkelte praksis' aktivitet og udvalgte kvalitetsindikatorer. Herunder er det planen, at praksis på sigt skal kunne sammenligne sig på tværs af klynger i forhold til antal henvisninger, receptudskrivelser og adgang og brug af non-elektiv behandling for at identificere steder med variation og områder med potentiale for kvalitetsudvikling. Samtidig skal data være et redskab for klyngelederne til at identificere og drive emner i forhold til efteruddannelse.



Regionerne vil bidrage til, at almen praksis kan arbejde mere datadrevet og populationsorienteret bl.a. med at bidrage med viden, data og metoder til at stratificere og opspore borgere, der er i risiko for at udvikle sygdom eller for at en sygdom forværres

Kvalitetsudvikling, forskning, sundhedsfaglige beslutninger, planlægning og styring i sundhedsvæsenet kræver data af høj kvalitet. Aktivitet, opgaveløsning og kvalitet i almen praksis skal dokumenteres uden at gå på kompromis med hensynet til beskyttelse af den enkelte borgers oplysninger.

Det kan fx handle om, at almen praksis bruger patientrapporterede oplysninger som udgangspunkt for kvalitetsmålinger og -udvikling. Det kan give den enkelte læge en pejling på den enkelte patients oplevelse af sin sygdom, effekten af en behandling og oplevelsen af tilbuddet. Men det kan også anvendes som et led i læring mellem flere praksis og være et redskab til at udpege de borgere, som kræver særlig opmærksomhed.

Der skal være åbenhed om kvalitet og resultater i almen praksis, hvor såvel myndighederne, som den brede offentlighed skal have nem adgang til data på det relevante niveau og på de relevante platforme.



Regionerne vil sikre, at alle borgere har let adgang til et tilbud om almen lægehjælp tæt på

Alle borgere i Danmark skal have mulighed for at vælge et tilbud om almenmedicinsk lægehjælp tæt på deres bopæl. En god tilgængelighed er afgørende for den akutte behandling, som er en af almen praksis' kerneopgaver. Tilgængelighed er desuden i stigende grad vigtigt for kommunerne, som har brug for vejledning fra almen praksis i relation til pleje- og forebyggelsesopgaver i forhold til borgere, som går på tværs mellem aktørerne.

En styrket robusthed skal sikre borgerne en bedre tilgængelighed til almen praksis. Tilgængelighed skal forstås bredt. Det gælder geografisk, dvs. at alle borgere skal have mulighed for at vælge et tilbud om almen lægehjælp nær til deres hjem. Det gælder virtuelt, dvs. at tilgængeligheden skal udvikles ved brug af diverse teknologier. Det gælder i forhold til åbningstider, således at borgerenes mulighed for at komme i kontakt med almen praksis er i tråd med borgerens behov og i højere grad på borgernes præmisser. Det gælder i forhold til fysisk tilgængelighed, dvs. let og lige adgang for alle – også borgere med fx gangbesvær.

Eksempel

I bestemte egne af Danmark er det en udfordring at skaffe et nært, almenmedicinsk tilbud til borgerne. Denne udfordring vil blive endnu større i fremtiden, idet et stigende antal praktiserende læger vil gå på pension, og det vil være meget vanskeligt at få genbesat ydernumrene. I dag tilvejebringer regionerne det almenmedicinske tilbud gennem udbud eller regionsklinikker, hvor bl.a. læger med speciale i almen medicin er ansat til at varetage de tilmeldte borgers behov for almenmedicinske ydelser i dagtiden. Det er regionernes ambition, at alle borgere har valget mellem mindst to tilbud om almen medicinsk lægehjælp inden for en radius af 15 kilometer fra deres hjem.

Almen praksis har i mange år arbejdet med elektroniske patientjournaler. Fremtiden bringer mange nye digitale løsninger, som kan være en af nøglerne til at øge robustheden i almen praksis. Der er tale om teknologier, der kan være et redskab til at sikre, at ressourcerne i almen praksis anvendes til de borgere, der har størst behov. Samtidig kan teknologi give borgerne en god og fleksibel adgang til lægehjælp. Yderligere kan it-redskaber aflaste administrative byrder.

Eksempel

En gruppe praktiserende læger i England bruger en "klik-først" tilgang til behandling af deres patienter i udsatte områder. Når borgerne opsøger deres praktiserende læge, anspores de til at gennemgå et elektronisk spørgeskema, som er at finde på lægens hjemmeside.

Gennem skemaet får patienterne mulighed for at vælge, om de ønsker at hjælpe sig selv via information om deres tilstand (fx ondt i ryggen), om de vil have råd om håndkøbsmedicin i relation til tilstanden, om de har brug for at kontakte vagtlægen, eller om de ønsker en e-konsultation med deres praktiserende læge.

En evaluering af tilgangen efter seks måneders brug viste, at over en tredjedel af patienterne selv håndterede det konkrete problem, de henvendte sig til almen praksis med. 18 procent af dem havde i udgangspunktet tænkt at henvende sig direkte til deres praktiserende læge. Af de henvendelser, hvor patienten ønskede en e-konsultation med lægen, var det relevant med en fysisk konsultation i 40 procent af tilfældene. De resterende henvendelser resulterede i udskrivelse af medicin eller en telefonkonsultation. I alt blev 60 procent af alle kontakter via "klik først" håndteret uden, at borgeren havde behov for at møde fysisk op i almen praksis.

Patienterne er meget tilfredse med "klik-først" tilgangen. 95 procent af patienter føler, at tilgangen er "god" eller "fremragende".

Klik-først-tilgangen er ved at blive udrullet til at dække mere end en millioner borgere i England, og den forventes at blive udbredt til endnu flere.

Robustheden kan også styrkes ved hjælp af udvidet brug af praksispersonale, der kan varetage konkrete opgaver – eventuelt på tværs af klinikker. Hensigtsmæssig brug af praksispersonale skal bidrage til bedre rammer for optimering af praksisdrift, bedre tilgængelighed og samtidig bedre klinisk og patientoplevels kvalitet.

Det skal være attraktivt og fagligt udfordrende for den enkelte læge at arbejde i almen praksis. Der skal være plads til fleksibilitet alt efter de behov, man har i arbejdslivets faser. Derfor skal rammerne om almen praksis udvikles, så de behov og ønsker, som hhv. den unge og den ældre læge har, kan imødekommes. Det vil sikre rekruttering og fastholdelse.

Det kan ligeledes overvejes at se på, om opgaven omkring selve driften af praksis kan organiseres på en måde, så den praktiserende læge bruger mest mulig tid på patienterne frem for skrivebordsarbejde. Regionerne vil understøtte almen praksis i at arbejde med effektiv drift af de funktioner i almen praksis, som ikke er almenmedicinske kerneopgaver.

