



**Region  
Hovedstaden**

**Center for Sundhed**

Tværasektoriel Udvikling

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

**Opgang** B & D  
**Telefon** 3866 6000

**Mail** csu@regionh.dk

Dato: 26. juni 2015

### **Høringsskema Almen Praksisplan 2015-2018 - besvaret af**

Organisation: Kommuneklynge Midt (Egedal, Furesø, Lyngby-Taarbæk  
Rødovre, Gladsaxe, Ballerup, Rudersdal og Gentofte Kommune)

E-mail: nika@furesoe.dk, sito@balk.dk

#### **Praksisplanens del 2: Patienten som aktiv samarbejdspart**

Kommuneklynge Midt har ingen bemærkninger til praksisplanens del 2.

### **Praksisplanens del 2: Nye samarbejdsformer**

Kommuneklynge Midt har ingen bemærkninger til praksisplanens del 2.

### **Praksisplanens del 2: Lighed i sundhed**

Kommuneklynge Midt har ingen bemærkninger til praksisplanens del 2.

## **Praksisplanens del 3: Kapacitet og tilgængelighed**

### **5.1 LÆGEDÆKNING OG PRAKSISSTRUKTUR**

I relation til delmålsætningen om, *'at praktiserende læger praktiserer i bæredygtige praksis,...* ' savnes en præcisering af, hvad en "bæredygtig praksis" indebærer. Dette er ikke beskrevet i den efterfølgende tekst eller andre steder i praksisplanen.

#### **5.1.2 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning**

Det er yderst vigtigt, at alle borgere kan tilmeldes en praktiserende læge, hvorfor det er positivt, at der er en tilstrækkelig kapacitet i Region Hovedstaden.

#### **5.1.3 Planområder**

Det beskrives i afsnittet, at en hensigtsmæssig områdeinddeling har betydning for praksisplanlægningen ved bl.a. bestemmelse af, hvor eventuelle nynedsættelser skal placeres. Kommunerne ønsker at blive underrettet og evt. inddraget i den konkrete planlægning og ønsker at være en høringspart i forbindelse med høringer.

#### **5.1.4 Praksisstruktur og nye samarbejdsformer**

Der refereres til Finansloven for 2015, hvor almen praksis ønskes styrket ved at investere i moderne læge- og sundhedshuse. Kommuneklynge Midt savner en beskrivelse af, hvor handle- og investeringsforpligtelsen ligger i relation til etablering af moderne læge- og sundhedshuse.

#### **Nye samarbejdsformer indenfor praksissektoren**

Der henvises til *"den igangværende organisatoriske udvikling"*, men det bliver ikke præciseret, hvad denne er. Det fremgår indirekte, at det handler om bl.a. forskellige praksisformer. Dette kunne med fordel tydeliggøres i praksisplanen.

Det er positivt, at der er en tendens til et øget antal kompagniskabspraksis og en reduktion i antallet og andelen af enkeltmandspraksis inden for det seneste år. Set fra et kommunalt perspektiv har dette en stor betydning for kvaliteten af ydelserne i almen praksis. Desuden er det også med til at styrke mulighederne for at etablere velfungerende samarbejder mellem almen praksis og kommunerne.

I praksisplanen defineres et praksisfællesskab som to eller flere praksis, med eller uden fælles personale, ledelse eller økonomi. Kommunerne oplever, at størrelsen af praksisfællesskaberne har stor betydning for fleksibiliteten af arbejdstilrettelæggelsen og dermed for mulighederne for at etablere samarbejdsrelationer mellem almen praksis og kommune. Kommuneklynge Midt vurderer, at et større fællesskab på tre eller flere praksis er bedst fungerende med hensyn til ovenstående parametre.

Der refereres til en rapport om praksisfællesskaber ('Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012), hvor det anbefales, at kommuner, region og de faglige organisationer gør en særlig indsats for at etablere praksisfællesskaber i sårbare områder. Der er behov for en præcisering af opgave og ansvarsfordelingen i forhold til etableringen af praksisfællesskaber i sårbare områder, hvorfor kommuneklynge Midt anbefaler, at der udarbejdes en konkret handleplan for dette.

Det er en anbefaling i praksisplanen, at almen praksis, øvrige praksisydere, kommuner

og region konkretiserer, hvordan de enkelte parter kan bidrage til at fremme fx udbredelsen af praksisfællesskaber. Der mangler en præcisering af, hvad denne konkretisering skal føre med sig. Yderligere er det uklart, om der lægges op til efterfølgende lokale eller regionale drøftelser.

#### *Vision for fælles sundhedshuse*

Kommuneklynge Midt finder det vigtigt, at der i regi af sundhedsaftalernes visioner om nye samarbejdsformer sker en tværsektoriel drøftelse med kommuner og meget gerne også almen praksis om, hvad sundhedshuse kan indeholde.

Kommuneklynge Midt mener endvidere, at et øget antal kompagniskabspraksis er en naturlig og hensigtsmæssig udvikling af det nære sundhedsvæsen.

## **5.2 REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE**

Der refereres til udarbejdelsen af en ny model for lægedækning, som tager højde for arbejdsbelastningen i områder med mange sårbare borgere. Kommuneklynge Midt ser et stort potentiale i at samarbejde med almen praksis om ulighed i sundhed, hvorfor udarbejdelsen af en ny model vil blive fulgt med særlig interesse. Der savnes dog en præcisering af dels, hvornår dette arbejde finder sted (tidsramme), og dels hvordan og hvor dette arbejde kan følges.

Det nævnes, at der jf. Sundhedsstyrelsens udbudsprognoser ikke forventes speciallægemangel i almen medicin med udgangspunkt i nuværende efterspørgsel efter ydelser, men at efterspørgslen kan stige i fremtiden. Der ønskes en præcisering af, hvornår efterspørgslen evt. forventes at stige.

Kommuneklynge Midt er enig i, at det er afgørende at lægedækningen hele tiden sikres med udgangspunkt i den aktuelle situation. Kommuneklynge Midt anbefaler, at der afprøves nye modeller for samarbejdsformer mellem almen praksis og kommune med henblik på at sikre lægedækningen fremover. Der opfordres til, at man i disse afprøvnings samtidig målrettet forsøger at sikre en sammenhængende indsats i relation til sårbare borgere og lighed i sundhed.

### **5.2.2 Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder**

Praksisplanen lægger vægt på, at almen praksis bør understøttes i at gøre det attraktivt at praktisere i sårbare områder af andre aktører. I den forbindelse ønsker kommuneklynge Midt at påpege:

- De sårbare borgere bestemmer altid selv hvilken informationsudveksling, der kan finde sted mellem aktører. Det gælder såvel samarbejde med kommuner, som med psykiatriske centre etc.
- Der mangler en præcisering af, hvem der skal betale for den tid, almen praksis skal bruge i det beskrevne samarbejde om sårbare borgere
- Der mangler præcisering af, hvem der sikrer adgang til kvalificeret tolkebistand, og hvem der betaler for ydelserne

Generelt set ser Kommuneklynge Midt positivt på anbefalingerne i afsnit 5.2.2 med en enkelt bemærkning. Den sidste anbefaling i afsnit 5.2.2 er relateret til udarbejdelsen af en ny model for lægedækning. Det nævnes her, at modellen skal tage højde for social ulighed i sundhed med udgangspunkt i relevant data. Der ønskes en præcisering af

hvilke data, der er tale om. Som nævnt tidligere (under punkt 5.2) ønskes en yderligere præcisering af tidsrammen for dette arbejde.

### **5.3 BETJENING AF AKUTTILBUD OG SYGEBESØG**

I den sidste sætning anvendes formuleringen ”midlertidigt ophold uden for hjemmet”. Det er ønskeværdigt, at det bliver præciseret, hvad der menes med det.

#### **5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer**

Det nævnes i praksisplanen, at de kommunale tilbud i dag kræver et højere kompetenceniveau end tidligere, og at dette forudsætter en udbygget lægefaglig betjening. Kommuneklynge Midt forudsætter, at der her menes øget adgang til lægefaglig betjening således, at fx den kommunale hjemmesygepleje kan løse de mere komplekse pleje- og behandlingsbehov, der kan være forbundet med tidligere udskrivelser. Kommuneklynge Midt ønsker i denne forbindelse at påpege, at kommunerne allerede i vidt omfang er gearret til at løfte opgaver på et højere kompetenceniveau end tidligere. En forudsætning for at løse opgaverne er dog, at borgerne har adgang til den nødvendige lægefaglige betjening. I denne forbindelse er der behov for et bredere perspektiv på lægefaglig betjening end kun almen praksis. Dette kunne fx involvere aftaler med relevante sygehusafdelinger om kompetenceudvikling og bagstopperfunktion.

Kommuneklynge Midt bemærker, at opgaver i kommunerne kan blive udført på ordination og dermed på delegation af en almen praktiserende læger og læger fra hospitalernes specialafdelinger. Kommuneklynge Midt vurderer, at der er behov for klare definitioner af hvilke opgaver, der kan delegeres til fx hjemmesygeplejen, samt hvilke læger (almen praktiserende læger, speciallæger, læger på sygehuse), der kan delegere opgaverne.

#### *Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. akutte pleje- og behandlingstilbud (grå boks s.29)*

Kommuneklynge Midt ser frem til, at der sker en større forpligtelse af parterne i form af en stillingtagen til ansvars- og opgavefordelingen, hvilket der også lægges op til i Sundhedsaftalen.

Der er generelt set opbakning til anbefalingen i dette afsnit. Det ville være gavnligt, hvis der yderligere kunne opfordres til at igangsætte forskning om samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner, de praktiserende læger og hospitalernes akutfunktioner. Denne forskning kunne bidrage med viden om forebyggelse af unødvendige indlæggelser/genindlæggelser. Formulering kunne være som følger: ”At følge og anvende resultaterne af læring og forskning vedr. betjening på akutområdet, samt opfordre relevante forskningsmiljøer til at igangsætte forskning indenfor området”.

#### *Definition af tilbud*

KL og PLO har i første halvdel af 2015 udgivet et definitionsrapport om midlertidige pladser. Der bør tages udgangspunkt i dette.

Kommuneklynge Midt ønsker endvidere at påpege, at overskriften ”5.3 Betjening af

akuttilbud og sygebesøg” samt overskriften ”5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer” er misvisende i forhold til teksten i afsnittene. For det første er ’plejeboliger’ og ’aflastningspladser’ ikke nye tilbud i kommunerne, hvilket antydes i teksten og af overskrifterne. For det andet er disse tilbud ikke nødvendigvis ’akutte’, da de også bliver benyttet af borgere, som har permanent behov for pleje.

Derimod er det relativt nyt, at en del kommuner har etableret fx subakutte pladser og mobile sygeplejeeenheder på et mere specialiseret niveau. At flere kommuner har gjort dette, er naturligvis dels et svar på de udfordringer, som udviklingen i sygehusvæsenet stiller kommunerne overfor, men også et ønske om at forebygge indlæggelser.

Kommuneklynge Midt ser et stort behov for, at drøftelser om lægefaglig betjening af plejeboliger og aflastningspladser ikke bliver blandet sammen med drøftelser om lægefaglig betjening af akuttilbud (altså alt det midlertidige, hvor borgerne ved siden af HAR en praktiserende læge). De to drøftelser skal skilles meget mere tydeligt ad i praksisplanen, da problemstillingerne er vidt forskellige. Organiseringen af den lægefaglige betjening af kommunale akuttilbud har stor betydning for kontinuitet og sammenhæng i forløb, da borgerne som nævnt også har en praktiserende læge. Disse problemstillinger gør sig ikke gældende med hensyn til plejehjemslæger/institutionslæger.

### **5.3.2 Behov for lægefaglighed i de nye kommunale tilbud og plejecentre/botilbud**

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der indgås samarbejdsaftaler med almen praksis om lægeordnede opgaver, der skal løses af kommunale medarbejdere (s. 31). Kommuneklynge Midt hæfter sig særligt ved, at kommunerne kan indgå samarbejdsaftaler med et færre antal læger. Kommuneklynge Midt anser det som centralt, at samarbejdsaftaler som udgangspunkt indgås med alle praktiserende læger i en kommune. Hvis der indgås aftaler med et færre antal læger, antages det, at disse læger betjener alle borgere i kommunen (jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger).

### **5.3.3 Modeller for lægefaglig betjening**

I praksisplanen beskrives flere mulige modeller for betjening af patienter tilknyttet forskellige kommunale tilbud. Der er behov for en uddybning af beskrivelserne af modellerne, da det ikke er tydeligt, hvad forskellene mellem de enkelte modeller helt præcist er.

Kommunerne bakker op om, at det er nødvendigt, at der indgås rammeaftaler om de foreslåede modeller for lægefaglig betjening af de forskellige typer af m.m. jf. anbefalingen s.32. Kommunerne har dog følgende bemærkninger til anbefalingen:

- Det vil være gavnligt, hvis det i udgangspunkt var en forpligtigelse for alle praktiserende læger at indgå rammeaftaler for lægebetjening af de forskellige kommunale tilbud.
- Beskrivelsen af de foreslåede modeller er uklar og muligvis heller ikke udtømmende. Derfor bør formuleringen af anbefalingen blødes op, så en evt. rammeaftale ikke begrænses til at tage udgangspunkt i de beskrevne modeller. Det vurderes, at det er for tidligt at lægge sig fast på en model, da der fortsat sker megen udvikling i kommunerne inden for området.

Det bemærkes også, at den samlede model på de tre nævnte områder reelt betyder, at

der lægges op til at indgå særaftaler, hvor borgerne ikke længere betjenes af deres egen praktiserende læge, hvis de er (1) i eget hjem hvor en sygeplejerske fra et "akut-team" er tilknyttet for en kortere periode, (2) på en midlertidig plads enten efter en indlæggelse eller uafhængigt af en indlæggelse, (3) hvis de permanent bor på plejecenter/seniorcenter eller på et bosted.

Med punkt (3) som inkluderer alle permanente kommunale botilbud udvides den samlede model til at dække langt mere end det område, der er blevet italsat som "nyt" (i form af de tilbud som ofte anvendes til nyudskrevne borgere). Det er væsentligt at holde diskussionen af borgernes ret til en læge i *midlertidige* tilbud helt adskilt fra en drøftelse af, hvorvidt man reelt skal gå tilbage til en ordning med plejehjemslæger for borgere, der *permanent* bor på et plejecenter/botilbud.

Kommuneklynge ønsker som udgangspunkt for drøftelser af forskellige modeller, at der sker en nøje overvejelse af fordele og ulemper, og at modellerne ikke blandes unødigt sammen. Jævnfør andre bemærkninger bør der være en analyse og overvejelse om, hvilke roller de forskellige aktører skal spille i sundhedsvæsenet, så der ikke udvikles uhensigtsmæssige knopskydninger, der kan risikere at betyde yderligere brud på forløb.

## **5.4 TILGÆNGELIGHED**

Kommuneklynge Midt anser det som problematisk, at praksisplanen ikke er mere ambitiøs i forhold til beskrivelsen af tilgængelighed for alle grupper af borgere. Der kunne med fordel indsættes en hensigtserklæring om at følge FN's handicapkonvention om at fremme adgangen for personer med funktionsnedsættelse. Fx at almen praksis forpligter sig til at følge FN's handicapkonvention i 2030.

### **5.4.1 Definition af tilgængelighed**

Kommuneklynge Midt opfordrer til, at der stilles krav om, at tilgængeligheden for bevægelseshæmmede i almen praksis forbedres.

### **5.4.2 Fysisk tilgængelighed**

Kommuneklynge Midt ønsker også i dette afsnit, at anbefalingen gøres mere forpligtende. Formuleringen kunne være: 'Almen praksis skal løbende forbedre den fysiske tilgængelighed'.

### **5.4.3 Ny tilgængelighedsmærkning**

Kommuneklynge Midt ser meget positivt på, at det er et mål at udbygge oplysninger om adgang for mennesker med funktionsnedsættelse på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Der savnes dog en præcisering af, hvornår det forventes, at [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) er opdateret med oplysninger om tilgængelighed hos bl.a. praktiserende læger. Yderligere anbefaler kommunerne, at det bliver et krav til almen praksis at indgå i en tilgængelighedsmærkning. Kommuneklynge Midt bemærker med bekymring, at der i planområde Midt kun er svaret bekræftende på spørgsmålet om tilgængelighed for fysisk handicappede borgere i 20 % af besvarelserne.

Det nævnes i praksisplanen, at kommunerne kan indtænke egnede lokaler til almen praksis i lokalplaner og i forbindelse med opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud. Dette vil kræve en *gensidig forpligtelse* til konstruktive drøftelser og konkrete samarbejder.

#### **5.4.4 Telefonisk tilgængelighed**

Kommuneklynge Midt mener, at det er vigtigt, at almen praksis fortsat har fokus på at forbedre den telefoniske tilgængelighed. Nogle kommuner har fået adgang til akutnumre til almen praksis, som hjemmesygeplejen kan benytte. Dette er en klar forbedring, som medfører en bedre service til borgerne.

Kommunerne vurderer, at der også med fordel kan indføres en mærkning af telefonisk tilgængelighed i almen praksis på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

#### **5.4.5 Elektronisk tilgængelighed**

Der savnes en redegørelse for, om almen praksis opfylder overenskomstens hensigt fra 2006 om elektronisk tilgængelighed. Ligeledes savnes en redegørelse for, hvilke sanktionsmuligheder regionen kan gøre brug af i de tilfælde, hvor praksis ikke overholder overenskomsten.

### **Praksisplanens del 4: Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen**

#### **6.1 SAMARBEJDE OM BESTEMTE MÅLGRUPPER**

##### **6.1.1. Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient**

###### *Forløbsprogrammer*

Set fra kommunernes side er praksisplanen et godt udgangspunkt for det videre samarbejde mellem kommune og almen praksis om borgere med kronisk sygdom. Planen følger godt op på det tværsektorielle samarbejde, som det er beskrevet i forløbsprogrammerne, hvor den praktiserende læge er tovholder for patienten, og fokus er sammenhængende forløb for patienterne af høj kvalitet på tværs af sektorerne. Det er endvidere positivt, at planen anbefaler, at almen praksis indgår i arbejdet med at fastlægge konkrete mål for kvalitet og implementering af forløbsprogrammer samt indikatorer til monitorering. Den anden anbefaling i dette afsnit er relateret til at udbrede kendskabet til forløbsprogrammerne yderligere i almen praksis, hvilket også er positivt. Der ønskes dog en konkretisering af, hvorledes dette skal ske, da der allerede er blevet gjort

mange tiltag for at sikre kendskabet i almen praksis - både fra regional og kommunal side.

#### *Tidlig opsporing af kronisk sygdom*

Det er positivt, at planen anbefaler, at almen praksis indgår i det tværsektorielle arbejde med at udvikle og implementere metoder til f.eks. tidlig opsporing af begyndende sygdom eller forværring af sygdom samt til identificering af sårbarhed hos patienter med kronisk sygdom. Det er gavnligt med et øget fokus på f.eks. tidlig opsporing, identifikation af patienter med særlige behov og patienter med behov for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, f.eks. alkohol- og tobaksintervention forud for operation.

Det er endvidere gavnligt med fokus på information og kommunikation mellem praktiserende læge og kommunen. Det er derfor positivt, at der lægges op til samarbejde om, hvordan lægerne får kendskab til kommunens tilbud og udveksling af information om borgere. Den må gerne være systematisk, som den f.eks. kan være på Sundhed.dk, som indgår i Sundhedsaftalerne. Dette er dog først beskrevet under afsnit 6.1.2. som omhandler lungeområdet.

De to underafsnit *Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser* side 43 og *Lette henvisningsveje til sundheds- og forebyggelsestilbud* side 44, som kommer i afsnit 6.1.2 Styrket satsning på lungeområdet, bør flyttes til afsnit 6.1.1 Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient, da det bør gælde mere generelt frem for kun for lungeområdet.

#### **6.1.2. Styrket samarbejde på lungeområdet**

Det vurderes, at der er behov for en omformulering af den første sætning i afsnittet (*Regeringen har i sin...*), da det skrevne kan opfattes som om, at der kun er fokus på lungesygdomme hos børn. Det antages, at afsnittet omfatter både børn og voksne.

#### *Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser*

Som nævnt tidligere ønskes det, at dette underafsnit flyttes til afsnit 6.1.1, så de dækker mere generelt frem for kun for lungeområdet.

Det er positivt, at der er fokus på, at indlæggelser af ældre borgere i mange tilfælde kan forebygges via en proaktiv indsats i et samarbejde mellem kommune og almen praksis. Det anses dog som problematisk, at det ikke er en del af anbefalingerne, at samarbejdet mellem kommune og almen praksis skal styrkes i forhold til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Det er et stort ønske fra kommunernes side, at der fortsat arbejdes med at opbygge et tættere samarbejde om de ældre medicinske patienter, som fx opholder sig på midlertidige pladser.

#### *Lettere henvisningsveje til sundheds- og forebyggelsestilbud*

Som nævnt tidligere ønskes det, at dette underafsnit flyttes til afsnit 6.1.1, så de dækker mere generelt frem for kun for lungeområdet

Kommunerne påtager sig fuldt ud forpligtelsen til at sørge for at SOFT-portalen er opdateret. Det er dog ikke kommunernes ansvar, at SOFT-portalen er let tilgængelig med

en simpel søgefunktion (s. 44). Dette ansvar bør være placeret hos Sundhed.dk. Den sidste sætning på s. 44 ønskes omformuleret, således at det fremgår, at der tilstræbes, at der for hver kommune findes så få lokationsnumre som muligt. Her kan man med fordel anvende formuleringen fra s. 65 om samme emne.

#### **6.1.4. Samarbejde om gravide, nyfødte og børn**

Praksisplanen fokuserer meget på faggruppernes samarbejde omkring de mindste børn. Når børnene starter i skole, har de fleste ikke været i kontakt med sundhedsplejen siden barnets 1 års alder, da det er almen praksis, som står for de årlige undersøgelser af børnene fra 1 – 5 år. Der ligger et udviklingspotentiale i, at almen praksis benytter sig af vejledningen fra Sundhedsstyrelsen om de ”Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis 0 – 5 år”. Her angives, at hvis lægen vurderer, at barnet har haft sundhedsmæssige problemer, der kan få betydning for skolegangen, udarbejder lægen et notat til den kommunale sundhedstjeneste ved afslutningen af børneundersøgelsen. Dette kan videregives via korrespondancemeddelelser. Det bliver meget sjældent anvendt i dag, men det vil være af stor værdi, at det udbredes, så sundhedsplejen får bedre forudsætninger for at opspore vanskeligheder hos børnene og dermed støtte op om børnenes individuelle behov, både i forhold til barn, forældre og skole.

##### *Styrket samarbejde om sårbare børn*

Kommunerne ser meget positivt på, at der i praksisplanen er fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde om sårbare børn.

##### *Opfølgningsindsatsen*

Det anbefales i praksisplanen, at det undersøges, hvorvidt et styrket samarbejde mellem almen praksis og sundhedsplejen kan være med til at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet blandt børn i sårbare familier. Det er uklart, hvordan en styrkelse af samarbejdet mellem almen praksis og sundhedsplejen skal udmøntes for at sikre en øget tilslutning til vaccinationsprogrammet. Kommunerne ser potentiale i samkøring af data, hvorved barnets vaccinationsstatus evt. kan komme til at fremgå af sundhedsplejens e-journal. Dette ville medvirke, at sundhedsplejen kunne foretage en yderligere opfølgning på barnets vaccinationsstatus ved de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser.

##### *Tidlig opsporing af børneastma*

Der er et stort behov for, at det bliver konkretiseret, hvorledes et styrket samarbejde mellem kommuner og almen praksis kan udmøntes i forhold til at understøtte tidlig opsporing af børneastma i almen praksis.

#### **6.1.5. Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom og mistrivsel**

Der er ingen bemærkninger til dette afsnit, men det er velkomment!

#### **6.1.7. Samarbejde på misbrugsområdet**

Det er vigtigt at bemærke, at det ikke er nødvendigt for borgerne at blive henvist af almen praksis til behandling af misbrug i kommunerne. Borgerne har også mulighed for selv at henvende sig til kommunernes misbrugscentre. Dette betyder dog ikke, at

almen praksis ikke skal have kendskab til de kommunale tilbud og henvise til dem eller opfordre borgerne til at henvende sig, når det er relevant.

Det er vigtigt, at almen praksis er opmærksom på, at kommunen er visiterende myndighed i forhold til behandling, metode, intensitet og varighed. Det er endvidere vigtigt, at praksisplanen er meget præcis omkring, at almen praksis selv har behandlingsansvaret for de borgere, der er blevet afhængige af medicin, der er ordineret af egen læge – f.eks. benzodiazepin. Derudover er det ikke alle typer behandling almen praksis må udføre i længere perioder – f.eks. ordination af metadon som substitutionsbehandling (egen læge må dog gerne ordinere metadon i længere tid, hvis det er som smertebehandling).

Kommuneklynge Midt ser gerne, at dette afsnit beskriver den særlige forpligtelse almen praksis har i forhold til at underrette borgernes hjemkommune, hvis en borger med misbrug har hjemmeboende børn eller samvær med børn.

## **6.2 SAMARBEJDE OM MEDICIN**

### **6.2.2 Det fælles medicinkort**

Da den underliggende aftale om oprydning i FMK først er kommet på plads i maj 2015, bør tidsperspektivet for implementeringen af FMK udskydes. Desuden bør slutdatoen for, hvornår alle parter skal være koblet på og anvende FMK, fremgå.

### **6.2.3 Medicingennemgang**

Det anbefales i praksisplanen, at ”der i planperioden fokuseres på at afdække behovet for medicingennemgang i almen praksis”. Dette er meget velkomment, da bedre mulighed for at få foretaget en medicingennemgang (fx i forbindelse med indflytning på plejecenter) har været påtrængende længe. Der er dog bekymring for, at den ovennævnte formulering er for vag, således at der vil gå adskillige år, før der tages hul på blot at få afdækket behovet. Anbefalingen bør konkretiseres, så der tages fat på spørgsmålet primo planperioden.

### **6.2.4 Dosisdispensering**

Det anbefales, at der tilføjes en yderligere anbefaling vedr. dosisdispensering:

- At arbejde for at gøre procedurerne vedr. dosisdispensering mere fleksible.

I et kommunalt perspektiv kunne det i visse tilfælde være en fordel, at borgerne tidligere end i dag får mulighed for at overgå til dosisdispenseringer, samt at apotekerne kan pakke dosis-pakkerne med kortere varsel.

## **6.3 DIGITAL KOMMUNIKATION**

I praksisplanen er der fokus på vigtigheden af datadeling på tværs af sektorer. For at understøtte at borgeren oplever at være en ligeværdig samarbejdspart i eget forløb, vurderer kommunerne, at også borgeren bør have fuld adgang til egne data.

### **6.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange**

*Sikker overdragelse på tværs af sektorovergange*

Der bør være fokus på at skabe et overskueligt og sikkert system, så der skabes nemt

overblik over afsendelse, modtagelse og kvitteringer i forhold til opgave og informationsinddragelse, så der ikke mistet overblik, eller beskederne opleves som spam. I forbindelse med datadeling mellem sektorer er det afgørende, at alle overholder gældende regler om at indhente informeret samtykke. Det skal være borgerens ret at bestemme selv og kunne frigøre sig fra andres definerede historie og starte på 'en frisk' hos en anden behandler.

### **6.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper**

#### *Bedre digital kommunikation om svangre- og børneområdet*

I underafsnittet *Bedre digital kommunikation på svangre- og børneområdet* angives, at almen praksis har udtrykt ønske om, at "barnets bog" gøres til et fælles kommunikationsmiddel. Ved Sundhedsstyrelsens revision af "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" i 2011 præciseres, at barnets bog ikke kan erstatte journalen, men udelukkende betragtes som et kommunikationsredskab mellem forældrene og sundhedsplejersken, og at særlige vanskeligheder og problemer med barnet ikke skal formidles gennem barnets bog. Dette skal ske gennem personlig eller skriftlig kommunikation mellem sundhedspersonerne efter aftale med forældrene. Det vil sige, kommunikationen mellem almen praksis og sundhedsplejen skal foregå på anden vis. Hovedparten af alle de kommunale sundhedsplejerskeordninger har i dag elektronisk journal. Det betyder, at når der er forhold hos barnet/familien, som kræver kommunikation mellem sundhedsplejerske og praktiserende læge, kan det foregå via korrespondancemeddelelser, som praksisplanen også peger på, skal anvendes i den tværgående indsats.

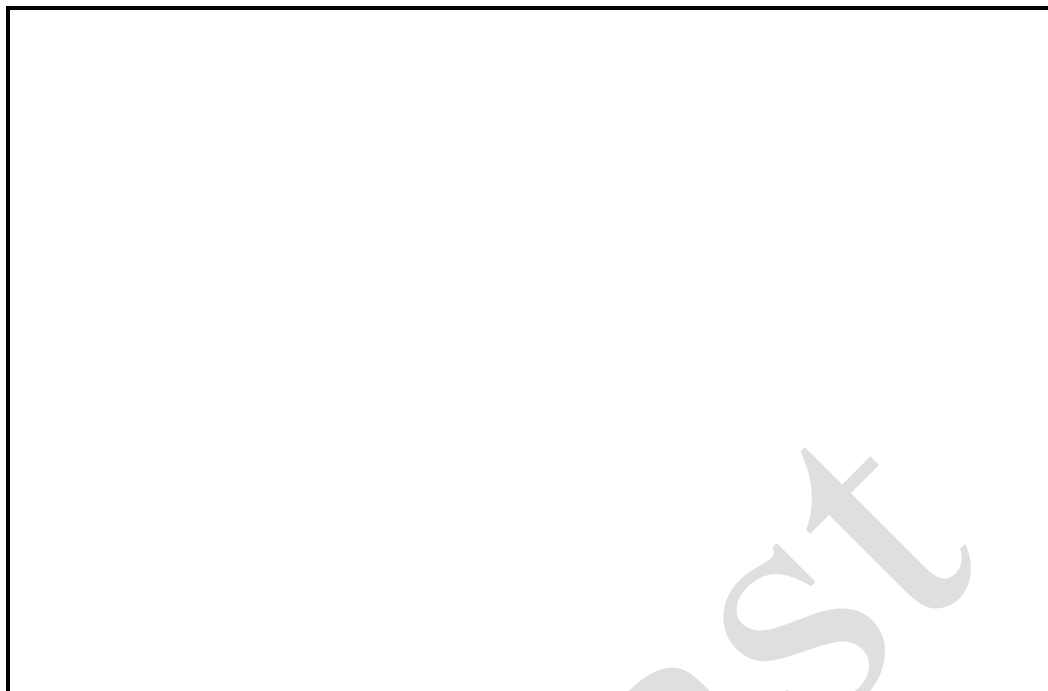
## **6.4 SAMARBEJDE MELLEM ALMEN PRAKSIS OG DET ØVRIGE SUNDHEDSVÆSEN**

### **6.4.1 Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne**

Det er positivt at planen sætter fokus på samarbejdet mellem almen praksis og kommuner og det tiltagende behov for, at indsatsen koordineres mellem parterne. Kommunerne støtter den skitserede opgavefordeling mellem kommunerne og almen praksis i forhold til forebyggelsesområdet, hvor kommunerne varetager den forebyggende indsats, mens almen praksis' ressourcer rettes mod identificering af behov, indledende motiverende samtale samt henvisning til kommunale sundheds- og akuttilbud. Kommuneklynge Midt mener dog, at praksis' rolle ift. kommunale akutpladser/midlertidige pladser bør være et specifikt emne, der beskrives i den del af praksisplanen, som omhandler det sammenhængende sundhedsvæsen.

#### *Gensidig tilgængelighed mellem almen praksis og kommunerne*

Det er positivt, at der i planperioden skal arbejdes på at øge den gensidige tilgængelighed mellem almen praksis og kommunerne, og at der bliver lagt vægt på, at det er et *gensidigt forpligtende ansvar*. Dette vil være med til at sikre, at borgerne kan tilbydes de bedst mulige forløb. Det er dog vigtigt, at de gældende regler om informeret samtykke overholdes.



### **Praksisplanens del 5: Kvalitet**

Det er positivt, at en delmålsætning i praksisplanen er, at almen praksis arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling, hvilket bl.a. skal ske gennem implementering af *DDKM's* akkrediteringsstandarder for almen praksis. Dette er meget velkomment.

**Øvrige kommentarer til praksisplanen eller høringen:**

Kommuneklynge Midt, som består af Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre Kommune, har samarbejdet om ovenstående høringssvar til Praksisplan for almen praksis 2015–2018.

Kommuneklynge Midt anerkender det store arbejde, der ligger til grund for den nye praksisplan. Overordnet set er praksisplanen en velskrevet plan, der kobler sig fint an til Sundhedsaftale III og sætter en god ramme for almen praksis' bidrag til udviklingen af det tværsektorielle samarbejde i Region Hovedstaden.

Kommuneklynge Midt har enkelte generelle bemærkninger:

- I forbindelse med alle afsnit er der opstillet en række anbefalinger. Vi mener, at overskriften til disse afsnit bør være mere forpligtende. Det kunne være: 'Derfor vil vi i planperioden...' eller 'Handleplan for planperioden'.
- Vi anbefaler, at der udarbejdes en implementeringsplan for alle indsatserne, der er beskrevet i praksisplanen.

Klyngens kommuner afgiver dette høringssvar samlet, men der kan komme supplerende bemærkninger fra nogle kommuner.