**Fælleskommunalt høringssvar på Praksisplan for almen praksis 2020-2023**

De syddanske kommuner takker for det fremsendte høringsudkast til Praksisplan for almen praksis 2020-2023 og muligheden for at komme med bemærkninger til planen.

Praksisplanen for almen praksis skal udmønte de dele af Sundhedsaftalen 2019-2023, som særligt vedrører og forpligter almen praksis i samarbejdet med kommunerne og regionen. Kommunerne vurderer, at der er god sammenhæng mellem Sundhedsaftalen 2019-2023 og Praksisplanen for almen praksis 2020-2023, og at indsatserne i praksisplanen vil hjælpe med opfyldelse af de ambitiøse målsætninger i Sundhedsaftalen.

Kommunerne anerkender den involverende proces, som ligger forud for praksisplanens tilblivelse. Den indledende temadag i foråret 2019, hvor der både deltog repræsentanter fra almen praksis, sygehuse og kommuner, bragte mange relevante temaer på bordet. Det er kommunernes vurdering, at de væsentligste pointer og temaer fra den indledende temadag er indarbejdet passende i praksisplanen.

Med det øgede fokus på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen har samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne fået et styrket fokus i det tværsektorielle samarbejde. Det er et fokus, som kommunerne er meget opmærksomme på og ser spændende og vigtige perspektiver i. Praksisplanen lægger op til en række projekter og indsatser, som, kommunerne vurderer, vil være meget relevante for udviklingen af samarbejdet.

**GENERELLE BEMÆRKNINGER**

De syddanske kommuner har følgende bemærkninger af generel karakter til praksisplanen:

* Der lægges op til mange nye indsatser og initiativer i planen. Det fremgår ikke alle steder

tydeligt, hvem der har ansvaret for den egentlige opgave. Det nævnes f.eks. flere steder, at ”Det kan ske gennem dialog i KLU´erne”. Hvis der skal ske drøftelser med enslydende fokus i KLU´erne, er det væsentligt, at der kommer en klar handlingsanvisning til de enkelte KLU´er, hvor det også fremgår, hvordan der vil blive samlet op og evalueret på drøftelserne.

* Der pågår for øjeblikket en omorganisering af kvalitets- og efteruddannelsesområdet hos de praktiserende læger i Region Syddanmark (SydKIP), hvor den regionale og kommunale praksiskoordinatorfunktion også indgår. Det fremgår ikke tydeligt af praksisplanen, i hvilket omfang denne omorganisering har betydning for arbejdet med praksisplanen. Det er kommunernes vurdering, at der vil være elementer og temaer fra samarbejdet omkring praksiskoordinatorerne, som har relevans for arbejdet i praksisplanen. Dette bør derfor fremgå tydeligt af planen.
* Kommunerne ser en konstant udvikling i opgaveløsningen mellem region, almen praksis og kommuner, og flere opgaver skal løses i det nære sundhedsvæsen – i borgerens eget hjem, i kommunerne og hos de praktiserende læger. Kommunerne ser det derfor som meget væsentligt, at praksisplanen ikke er udtømmende, og at der er plads til tilpasning af aftalens initiativer og indsatser afhængigt af nye behov.

Det beskrives flere steder i planen, at der skal ske en øget henvisning til kommunernes forebyggende tilbud, samt at der skal arbejdes på bedre kommunikation mellem almen praksis og kommunale aktører på børne- og ungeområdet. Det er positivt, men det er vigtigt, at der fortsat er mulighed for en lokal dialog, så der tages hensyn til den enkelte kommunes muligheder og ansvar.

* Der skal være en konsekvent brug af termen mennesker med kronisk sygdom i stedet for ordet kronikere.
* Planen bør tilføjes et afsnit, hvor det fremgår, hvem aftaleparterne bag aftalen er.
* Det er vigtigt, at implementeringsplanen af aftalen giver overblik og mulighed for prioritering, da mange af indsatserne indebærer kommunal medvirken og handling. Ligeledes bør det skrives tydeligt, hvornår de forskellige indsatser er i mål. Det kan overvejes at indarbejde succeskriterier for indsatsområderne.
* Planen forholder sig ikke til mulighederne med den nye uddannelse i avanceret klinisk sygepleje (APN). Almen praksis kan f.eks vælge at ansætte APN-sygeplejersker, som kan arbejde på delegation. Dette kan være hjælpende elementer i forhold til bedre lægedækning, udredning og behandlingsopgaver og derved reducere trykket på almen praksis.

**SPECIFIKKE BEMÆRKNINGER**

**8.1 Ulighed i sundhed**

* Det første afsnit kan slettes, da det ikke siger noget, som ikke står længere nede i teksten.

**8.2 Opsporing og forebyggelse**

* Side 11: Det beskrives, at *”I praksisplanperioden vil der derfor blive udviklet en tydelig arbejdsdeling og tæt dialog mellem kommuner og almen praksis indenfor forebyggelsesområdet. Det kan ske gennem vedvarende dialog i KLU”.* Det fremgår ikke tydeligt, hvorvidt det enkelte kommunalt-lægelige udvalg selv er ansvarlig for at udvikle denne tydelige arbejdsdeling, eller om det skal ske efter nærmere rammesætning fra praksisplanudvalget

**8.4 Forstærket samarbejde og kommunikation mellem almen praksis og kommunerne**

* Det beskrives, at der ligger en stor udviklingsopgave i kommunalt regi i forhold til at udvikle den nødvendige infrastruktur vedrørende elektronisk kommunikation. Sætningen bør omformuleres, så det ikke kun er kommunernes ansvar, da det kun løses ved et samarbejde mellem parterne.

**9.1.1 Fokus på rygestop i almen praksis**

* Side 15: Kommunerne er oplyste om, at PLO Syddanmark ikke ønsker, at det beskrives i praksisplanen, hvilke metoder de praktiserende læger skal bruge i deres arbejde med rygestop. Kommunerne anbefaler dog, at det tilføjes afsnittet, at de praktiserende læger *f.eks.* kan anvende metoden *very-brief-advice (VBA).* Det er en anerkendt og effektiv metode, som med fordel kunne anvendes i almen praksis.

**9.1.3 Systematisk tilgang til forebyggelse af ryge-debut**

* Afsnittet kan med fordel gøres mere forpligtende ved, at almen praksis vil/skal adressere de unges rygevaner og rygning generelt i forbindelse med de nævnte konsultationer, og at lægen med fordel kan adressere rygning hos rygende forældre – en familieorienteret tilgang.

**9.2.1 Tidlig opsporing af overvægt hos børn, unge og voksne**

* I forhold til at følge udviklingen af antallet af overvægtige og flere andre parametre bør der være opmærksomhed på, at dataudvekslingen fra Novax til Børnedatabasen pt. er behæftet med fejl, således at der er betydelige unøjagtigheder i tallene. Tallene kan først rettes efter et år.

**9.2.2 Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud**

* Første sætning bør rettes til: Kommunerne er forpligtede til at yde en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.

**9.2.3 Samarbejde og kommunikation med sundhedsplejen**

* Som bekendt er almen praksis presset, og en mulighed, som både ville hjælpe på presset på de praktiserende læger og på bedre sammenhæng, er, at kommunale børne- og ungelæger kunne foretage forebyggende helbredsundersøgelser af 2-5- årige. De forebyggende helbredsundersøgelser af 2-5- årige kunne således varetages i rammer, hvor samarbejdet med de kommunale pasningsordninger, sundhedsplejen og forebyggelsestiltag er lettilgængelige. Det er kun få kommuner, som har børne- og ungelæger ansat, men de store kommuner kunne evt. levere lægetimer til mindre kommuner. Det kræver selvfølgelig, at finansieringen af helbredsundersøgelserne, overføres til de kommuner, som påtager sig opgaven. Der kunne i første omgang oprettes forsøg med ordningen.

Det bør indarbejdes i afsnittet, at der skal være et struktureret samarbejde mellem den praktiserende læge og den kommunale sundhedspleje med udgangspunkt i de flow-charts, som beskrives i Sundhedsstyrelsens vejledning ”Monitorering af vækst hos 0-5-årige”, og at der i almen praksis og kommuner arbejdes med udgangspunkt i WHO´s vækstkurve.

* I forhold til elektronisk kommunikation bør det tilføjes, at den elektroniske platform er tilgængelig via MEDCOM, men at der er behov for at skabe langt mere systematik i dette samarbejde.

**9.3. Børn og unge i mental mistrivsel**

* Side 17: Det beskrives, at der skal udarbejdes en aftale, som sikrer, at almen praksis og sygehuslæger kan henvende sig til PPR vedrørende unge med tegn på mistrivsel. Der er i den nuværende lovgivning ikke mulighed for en sådan aftale, da lægerne ikke har adgang til at henvise eller lave indstillinger til PPR. Det er derfor vigtigt, at lovgrundlaget undersøges nærmere, inden arbejdet med en aftale iværksættes.

**9.3.4 Tættere samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien**

* Side 18: I dette afsnit kan det evt. nævnes, at der med fordel kan arbejdes tværfagligt med at understøtte den ret store del af børn og unge, der er henvist til børne- og ungepsykiatrien, men som afvises i psykiatrien. En del af disse unge er henvist af egen læge og ukendte for kommunerne. Herudover er udviklingen i snitfladen mellem forebyggelse og behandling en generel udfordring. F.eks. er der unge, som tidligere blev behandlet i lokalpsykiatrien, som er i et kommunalt forebyggelsestilbud i dag.

**9.4.1 Systematisk indsats for patienter med kronisk sygdom**

* Side 19: Det beskrives, at det med indberetningerne til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP) er muligt for almen praksis at få et bedre databaseret overblik over patientpopulationen. Kommunerne vil i den sammenhæng gøre opmærksom på, at det ikke er muligt for kommunerne at indberette til RKKP på nuværende tidspunkt, og at det vil vare flere år, før det er muligt. Det skal tydeliggøres i afsnittet, så de praktiserende læger får et retvisende billede af, hvad der er muligt på nuværende tidspunkt.

**9.4.2 Styrket samarbejde mellem almen praksis og kommunal akutsygepleje**

* Side 19: Det beskrives, at Praksisplanudvalget iværksætter de nødvendige tiltag for, at de praktiserende læger kan yde deres bidrag til indsatserne vedrørende forstærket samarbejde mellem sektorerne om de kommunale akutfunktioner. Kommunerne har stor interesse i, at samarbejdet udvikles og styrkes. Det fremgår ikke tydeligt, hvilke tiltag som er i tankerne, men kommunerne vil opfordre til, at samarbejdet om akutfunktionerne bliver opprioriteret som nogle af de første indsatser, der arbejdes med i praksisplanen.

**9.4.3 Den trygge overgang fra sygehus til almen praksis**

* Side 20: Kommunerne ser vigtige perspektiver i, at der arbejdes med et åbent vindue efter indlæggelse, hvor sygehuset beholder behandlingsansvaret for patienten i en periode efter udskrivelse. Hvis sygehuset beholder behandlingsansvaret i en kortere eller længere periode efter udskrivelse, vil det gøre det lettere for kommunerne at få afklaring og sparring omkring behandlingen af den enkelte borger, hvilket formentlig vil kunne forebygge unødvendige indlæggelser. Der kan evt. hentes inspiration fra projektet mellem medicinsk afdeling på Vejle Sygehus og Vejle Kommune omkring opfølgning efter udskrivelse og tryghed ved udskrivelser.

**9.5.2 Styrket samarbejde mellem kommunal akutsygepleje og vagtlæge**

* En måde at styrke samarbejdet omkring borgerforløbet kunne være at benytte sig af rammedelegation.
* Det er vigtigt, at indgåelse af samarbejdsaftaler og lignende kommunikeres tydeligt ud til alle parter, da det er kommunernes indtryk, at det ikke er alle praktiserende læger, som har kendskab til alle aftaler indgået i det tværsektorielle sundhedsaftalesamarbejde.

**9.5.3 Styrket samarbejde mellem kommunal akutsygepleje og vagtlæge**

* Der bør stå ”den kommunale sygepleje” i stedet for akutfunktioner. Kommunerne har ikke bedre mulighed for at se borgerne, da vagtlæger altid kan tage på sygebesøg, men kommunerne har i mange tilfælde et øget kendskab til borgeren.

**9.6 Samarbejde om sikker medicinering**

* Det bør overvejes at tilføje en hensigtserklæring om, at almen praksis og parterne i øvrigt skal medvirke til at øge andelen af medicin, som gives som maskine dosisdispensering, da det dels reducerer UTH i medicinadministrationen og dels kan frigøre betydelige ressourcer i den kommunale sygepleje, som er bedre anvendt til andre opgaver. Antallet af borgere, som modtager medicin i dosispakninger, er faldende trods flere kronikere og ældre medicinske patienter.

**9.7 Mennesker med kronisk sygdom**

* Nationalt har der været initiativer med fast tilknyttede læger på bosteder, som det kendes fra plejecentre i kommunerne. Det kunne overvejes at undersøge, om det er muligt at lave en aftale på dette område nu.

**9.8 Borgere på kanten af arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet**

* Det er afgørende, at borgerne/patienterne får de ydelser, der skal til, for at de bliver raske. Det er kommunernes oplevelse, at der ikke altid er reelle tilbud til alle sygemeldte, og at psykiatrien sender borgerne til almen praksis. hvis vi skal lykkes med at fastholde borgere med psykiske sygdomme på arbejdsmarkedet, er det nødvendigt med fagligt og stabilt behandlingstilbud.
  1. **Plan for implementering af indsatserne i praksisplanen**
* Side 25: Der opstilles mange vigtige temaer og initiativer i praksisplanen, så det er væsentligt med en klar implementeringsplan. Kommunerne anbefaler, at arbejdet med et åbent vindue efter indlæggelse samt udviklingen af samarbejdet mellem lægerne og akutfunktionerne prioriteres som nogle af de første indsatser/initiativer i aftaleperioden.

**Del 2: Kapacitetsdel for almen praksis 2019-2023**

**GENERELLE BEMÆRKNINGER**

* De syddanske kommuner bakker op om arbejdet med at sikre lægedækning og anerkender det konstante fokus på området fra regionens side, hvilket også er nødvendigt, hvis vi skal sikre den bedste lægedækning af alle borgere i regionen.
* Det beskrives i indledningen, at *” Såfremt der opstår udfordringer med at sikre lægedækningen i et område, indgår de lokale læger, regionen og evt. pågældende kommune endvidere i en dialog om, hvordan det kan sikres, at borgerne i området kan tilmeldes en læge”.* Kommunerne indgår gerne i et tættere samarbejde med regionen om at sikre lægedækning og vil meget gerne inddrages på et tidligere tidspunkt, end når der opstår udfordringer. Der kunne med fordel ske en dialog på et tidligere tidspunkt, da den enkelte kommune kan have lokalkendskab, som kan bringes i spil i arbejdet.
* Det kunne overvejes, om rettighederne beskrevet i overenskomsten evt. også som led i praksisplanen kan inkludere praksis, hvis den f.eks. ikke har været mulig at afsætte på markedsvilkår. Måske kan det få en sælgende læge, som er på vej på pension, til at blive lidt længere på arbejdsmarkedet ved at have 50% arbejdstid. Tilsvarende er det muligvis lettere at få en ny læge/køber til at købe praksis, hvis han/hun kun skal arbejde 50% af tiden i almen praksis de første par år. Herved har de mulighed for at arbejde f.eks. på sygehuset og opnå flere kompetencer, inden de nedsætter sig permanent.
* Kommunerne har gode erfaringer med at samarbejde med de praktiserende læger i form af fælles adresse i f.eks. sundhedshuse og -centre. Dette samarbejde bør indtænkes nærmere i arbejdet med lægedækning, da adresse i et sundhedscenter også er med til at skabe et fagligt fællesskab, som kan hjælpe med sparring mellem parterne.
* Praksisplanen kunne evt. lægge op til at undersøge, hvad der konkret skal til for at få praktiserende læger til at blive 2-3 år mere i deres praksis i lægedækningstruede områder. Er det f.eks. 50-70 % stillinger, mindre af konkrete opgaver eller fritagelse for bestemte udviklingstiltag? Billedet med lægemangel vender allerede i 2023, hvis prognoserne holder, så det er specielt de næste 2-3 år, der skal fokus på lægemanglen.

Som afsluttende bemærkning er det kommunernes vurdering, at Praksisplanen for almen praksis 2020-2023 danner et godt udgangspunkt for samarbejdet mellem region, almen praksis og kommuner og hermed for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Kommunerne glæder sig til det fremtidige arbejde med at sikre de bedste, sammenhængende forløb for borgerne i Syddanmark.