

Fælleskommunale ønsker til den kommende praksisplan

Indhold

Indledning	3
Overordnede perspektiver på samarbejdet med almen praksis	4
Prioritering af ønsker til praksisplanen	5
Bruttokatalog over fælleskommunale ønsker til praksisplanen	6
Tema 1: Mere forpligtende samarbejde	9
Øget deltagelse i tværfaglige møder	9
Øget deltagelse i udviklingsprojekter	10
Mere forpligtende samarbejde omkring børn – især om sårbare børn og sårbare gravide	10
Udvikling af nye samarbejdsformer med udgangspunkt i FØP/Flex.....	11
Forpligtelse til udførelse af sygebesøg / hjemmebesøg	12
Bedre lægetilknytning til plejecentre, plejeboliger og botilbud	12
Akutte og subakutte tider i almen praksis	13
Lægebetjening af akuttilbud/midlertidige tilbud.....	13
Tema 2: Bedre kendskab til tilbud og henvisning	14
Øget kendskab til kommunale tilbud.....	14
Bedre kendskab til regionale tilbud, herunder frit valg	15
Tema 3: Øget tilgængelighed til almen praksis.....	16
Organisering med henblik på større fleksibilitet	16
Telefonisk tilgængelighed	16
Fokus på rekruttering af alment praktiserende læger.....	16

Tema 4: Bedre forventningsafstemning med almen praksis	17
Mere ensartet kommunikation fra kommuner og almen praksis til bl.a. sygemeldte borgere mv.	17
Fælles faglig forståelse og bedre kendskab til hinandens tilbud og ansvarsområder på børneområdet.....	18
 Tema 5: Medicinområdet	19
Årlig medicingennemgang for ældre borgere og borgere på plejecentre og botilbud	19
Øget læring af utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinordinationer ved sektorovertage	19
Fokus på implementering og anvendelse af Fælles Medicin Kort (FMK)	20
Tovholder for Den Ældre Medicinske Patient.....	21
 Tema 6: Ulighed i sundhed	22
Fokus på livsstilssygdomme hos sårbare borgere, herunder borgere med psykiske lidelser og udviklingshæmning	22
 Bilag 1: Kommissorium for fælleskommunal arbejdsgruppe vedr. indspil til praksisplanudvalget.....	23
Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer	26

Indledning

Inden sommerferien 2013 vedtog Folketinget en ændring af sundhedsloven vedrørende rammer for almen praksis. Ifølge loven etableres nye praksisplanudvalg, der får til opgave at udarbejde en praksisplan. Den første praksisplan skal foreligge den 1. maj 2014.

Praksisplanen bliver det centrale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem kommunerne, regionen og almen praksis. Planen vil som noget nyt beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage samt indeholde overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Praksisplanen ses som et af de væsentligste instrumenter for kommunerne i forhold til at sikre indflydelse på almen praksis. Yderligere vil praksisplanen være den ramme, som sikrer grundlaget for sundhedsaftalens gennemførelse.

Praksisplanudvalget vil bestå af 5 repræsentanter fra kommunalbestyrelserne i regionen¹, 3 regionsrådsmedlemmer og 3 repræsentanter udpeget blandt de praktiserende læger i regionen. Udkast til praksisplan skal drøftes i Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) med henblik på at sikre sammenhæng til den øvrige sundhedsplanlægning. Regionsrådet har den endelige beslutningskompetence i forhold til godkendelse af praksisplanen. Sundhedsstyrelsen udarbejder en vejledning om form og indhold i praksisplanen. Vejledningen forventes offentliggjort i december 2013.

På møde i Kommunekontaktrådet (KKR) d. 9. oktober 2013 blev det besluttet, at Embedsmandsudvalget for Sundhed er ansvarlig for, at der udarbejdes fælleskommunale ønsker til praksisplanen. På den baggrund har embedsmandsudvalget nedsat en arbejdsgruppe, som har haft til opgave at udarbejde et prioriteret "brutto-katalog" over fælleskommunale ønsker til samarbejdet med almen praksis. Målet for arbejdet er at skabe et godt grundlag for formulering af et mandat til de 5 kommunale repræsentanter i praksisplanudvalget.

Arbejdsgruppen har været sammensat således at alle klynger (dvs. Nord, Midt, Syd, Byen og Bornholm) har været repræsenteret. Endvidere er der i sammensætningen lagt vægt på repræsentation fra de kommunale områder, som har snitflader til almen praksis – dvs. sundhedsområdet, socialområdet, arbejdsmarkedsområdet og børneområdet. Arbejdsgruppens kommissorium og en liste over arbejdsgruppens medlemmer kan ses i bilag 1 og 2. Arbejdsgruppen har selv bidraget med skriftlige input og har så vidt muligt inddraget klyngerne. Arbejdsgruppen er blevet sekretariatsbetjent af Det fælleskommunale sundhedssekretariat.

Arbejdsgruppen har holdt tre møder i perioden 31. oktober til 27. november 2013. Embedsmandsudvalget for Sundhed har efterfølgende haft materialet i en kort høring pr. mail, hvorefter materialet er tilpasset og udsendt i høring i kommunerne. Efter høringsfristens udløb den 24. januar 2014 vil der være lidt tid til yderligere tilpasning på baggrund af hørings svarene og efterfølgende behandling og godkendelse i Embedsmandsudvalget for Sundhed. Fokus vil bl.a. være på at skærpe prioriteringen af ønskerne.

¹ Udpegning af kommunale medlemmer af praksisplanudvalget forventes at ske på KKR's konstituerende møde den 29. januar 2014.

Materialet forventes at skulle behandles på møde i K29 (kommunaldirektørkredsen) ultimo februar 2014 og i KKR medio marts 2014².

Overordnede perspektiver på samarbejdet med almen praksis

Kommunerne har et stort ønske om og behov for at udvikle et tættere og mere forpligtende samarbejde med almen praksis. Derfor er det meget positivt, at kommunerne med de nye praksisplanudvalg inviteres med i arbejdet med at formulere den kommende praksisplan. Kommunerne løser en lang række opgaver på det nære sundhedsområde, hvor et velfungerende samarbejde og en tæt dialog på tværs af sektorer er nødvendigt for at give borgerne de bedste muligheder for at komme sig og modtage en effektiv og sammenhængende rehabilitering.

Den løbende udvikling på sundhedsområdet med kortere indlæggelser, omlægning i hospitalssektoren til øget ambulant behandling og stadig flere kronikere, giver kommuner og almen praksis en afgørende rolle i sundhedsvæsenet. Kommuner og almen praksis udfordres af både *opgaveøgning* som følge af ændret demografi, sygdomsbillede og behandlingsmuligheder, *opgaveændring* som følge af nye og bedre behandlingsmuligheder og behandlingsteknologi og *opgaveglidning* som følge af kortere indlæggelser, øget ambulant aktivitet og ny teknologi.

Kommunerne søger med udviklingen af det nære sundhedsvæsen at tilpasse de kommunale tilbud både gennem opkvalificering af personale, udbygning eksisterende tilbud og udvikling af nye tilbud, herunder akuttilbud, patientuddannelse til borgere med kroniske sygdomme eller indsatser til tidlig opsporing.

Med udviklingen er kravene til almen praksis ligeledes øget. Det stiller større krav til fleksibilitet og et bredt spektrum af kompetencer i den enkelte praksis.

Kommunerne ser frem til et tættere samarbejde med almen praksis, og herunder praksispersonalet, særligt i relation til implementering af sundhedsaftalen. Almen praksis er afgørende for en succesfuld implementering af sundhedsaftalerne, men da almen praksis ikke er aftalepart, har det hidtil været en udfordring at opnå forpligtende aftaler. Med den nye praksisplan aftales det bl.a. konkret og forpligtende, hvordan sundhedsaftalens indsatser implementeres.

Kommunerne og almen praksis er i gang med at opbygge gode samarbejdsrelationer og ønsket er, at praksisplanen kan understøtte den fortsatte udvikling. Kommunerne oplever, at samarbejdsrelationerne mange steder allerede er gode og vil gerne anerkende den store indsats de praktiserende læger lægger i det nære sundhedsvæsen. Kommunerne oplever dog også, at der er stor forskel på samarbejdet med de enkelte praktiserende læger, stor forskel fra kommune til kommune og sågar forskelle mellem forskellige kommunale forvaltningers samarbejde med almen praksis. Det er afgørende for det gode samarbejde om borgeren, at kommuner og almen praksis arbejder i samme retning og at der skabes "fælles fodslag".

Kommunerne er opmærksomme på, at et velfungerende samarbejde kræver, at kommunerne er en ansvarlig samarbejdspart. Således skal kommunerne bl.a.:

² Tidsplanen er rykket lidt i forhold til den oprindelige tidsplan, hvor materialet skulle behandles på KKR's konstituerende møde den 29. januar 2013.

- være tilgængelige for henvendelser fra almen praksis
- sikre at sundhed.dk er være fuldt opdateret om kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud samt subakutte/akutte tilbud
- være opmærksomme på læge- og praksiskonsulenters kompetencer, hvis tid skal anvendes så det giver mest mulig faglighed for pengene.
- være opmærksomme på at koordinere internt mellem forvaltninger (især sundhed, social, børn og unge, beskæftigelse) og sikre, at de relevante kommunale repræsentanter er til stede i de vigtige samarbejdsfora (bl.a. KLU) uanset hvilken forvaltning de kommer fra.

Kommunernes ønsker til praksisplanen spænder over en række forskellige målgrupper, som kommuner og almen praksis samarbejder om. Udfordringerne retter sig bl.a. mod samarbejdet om ældre borgere, borgere med psykiske lidelser, borgere med handicap, sygemeldte borgere og beskæftigelsesområdet bredere set. Et særligt kommunalt fokusområde er børn og unge. Kommunerne ønsker et mere udbygget samarbejde med de praktiserende læger om børn og unge på grund af deres nære kendskab til familiernes forhold og dermed også børnenes vilkår, som det blandt andet beskrives i Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.

Kommunerne ser en væsentlig udfordring i honoreringen af almen praksis' deltagelse i samarbejde med kommunerne og ønsker, at der bliver taget stilling hertil i overenskomstforhandlingerne. Praktiserende Lægers Organisation (PLO) oplyser på deres hjemmeside, at det er aftalt, at der allerede skal ligge en ny overenskomst den 1. marts 2014, dvs. inden fristen for praksisplanen.

Honorering er et spørgsmål, som er relevant i forhold til mange af arbejdsgruppens forslag. Arbejdsgruppen har drøftet, om kommunerne i fællesskab skal arbejde for, at almen praksis forpligtes til at anvende en fast del af deres arbejdstid – eksempelvis et fast antal timer eller en fast procentdel af deres arbejdstid – til opgaver i relation til kommunerne³. Der er ikke enighed i arbejdsgruppen om, hvorvidt det er en god idé.

Arbejdsgruppen finder det væsentligt at blive ved med at holde fast i, at kommunerne ønsker en indsats af høj kvalitet fra almen praksis, hvilket let kan miste fokus, hvis der alene tales om lægernes tidsanvendelse. Hvis det blev aftalt, at lægerne forpligtes til at anvende en del af deres arbejdstid til opgaver i relation til kommunerne kunne tiden i første omgang anvendes til udviklingsarbejder og fælles kompetenceudvikling mellem almen praksis og kommunerne, idet det er her kommunerne oplever de største udfordringer med at etablere et samarbejde med almen praksis. Der er endvidere et stort udviklingspotentiale i forhold til det konkrete samarbejde om den enkelte borger, som kommune og almen praksis bør løfte i fællesskab og gensidigt prioritere.

Prioritering af ønsker til praksisplanen

I forbindelse med udarbejdelsen af "brutto-kataloget", har arbejdsgruppen valgt at fremhæve følgende tre ønsker som de mest centrale (i ikke-prioriteret rækkefølge):

³ Arbejdsgruppen har været inspireret af den "den norske model", hvor de praktiserende læger er forpligtet til at lægge op til 20 pct. af deres arbejdstid i en relevant kommune. Arbejdsgruppen er dog opmærksom på, at den norske model ikke uden videre kan overføres til det danske sundhedsvæsen, bl.a. på grund af forskel i organisering og geografi.

- Fokus på livsstilssygdomme hos sårbare borgere, herunder borgere med psykiske lidelser og udviklingshæmning (Tema 6: Ulighed i sundhed)
- Bedre lægebetjening af akuttilbud/midlertidige tilbud (Tema 1: Mere forpligtende samarbejde)
- Øget deltagelse i tværfaglige møder (Tema 1: Mere forpligtende samarbejde)

Arbejdsgruppen finder derudover, at Tema 5 om medicinområdet er særligt vigtigt at fremhæve, både i relation til implementering og anvendelse af Det Fælles Medicinkort, årlige medicingennemgang for ældre borgere og borgere på kommunale institutioner samt øget læring af utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinordinationer ved sektorovergange.

Arbejdsgruppen mener i øvrigt, at der kan høstes lavthængende frugter ved at fokusere på at forbedre almen praksis' kendskab til de kommunale tilbud og øge den telefoniske tilgængelighed til almen praksis.

Bruttokatalog over fælleskommunale ønsker til praksisplanen

Neden for ses "bruttokataloget" over fælleskommunale ønsker til praksisplanen i en tabel. Ønskerne er nummereret. Herefter er de fælleskommunale ønsker beskrevet mere uddybende i 6 temaer. Under temaerne er baggrunden for ønskerne foldet ud og de nummererede ønsker kan genfindes.

Tema 1: Mere forpligtende samarbejde
<p>Øget deltagelse i tværfaglige møder</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Det aftales, at alle alment praktiserende læger i den enkelte kommune forpligtes på at deltage i fx to årlige informationsmøder, som afholdes af kommunen. 2. Det aftales, at der blandt de alment praktiserende læger i den enkelte kommune udpeges et antal repræsentanter, som deltager i tværfaglige møder med kommunen, fx på sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet. Repræsentanterne er forpligtede på at referere tilbage til de øvrige praktiserende læger, som anvender tilbagemeldingerne aktivt. 3. Der opfordres til, at det i overenskomsten aftales, hvordan almen praksis aflønnes for at deltage i informationsmøder og tværfaglige møder med kommunerne.
<p>Øget deltagelse i udviklingsprojekter</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Det aftales, at de lokale lægelaug forpligter sig til, på ad hoc basis, at udpege repræsentanter, der deltager i fælles udviklingsprojekter med kommunen, herunder projekter omhandlende velfærdsteknologiske løsninger og shared care løsninger. 5. Der opfordres til, at det i overenskomsten aftales hvordan almen praksis aflønnes for at deltage i udviklingsprojekter med kommunen.
<p>Mere forpligtende samarbejde omkring børn – især om sårbare børn og sårbare gravide</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Det aftales at alle alment praktiserende læger i den enkelte kommune forpligtes på at deltage i fx to årlige informationsmøder⁴, som afholdes af kommunen. 7. Det aftales, at de lokale lægelaug forpligter sig til, på ad hoc basis, at udpege repræsentanter, der deltager i fælles udviklingsprojekter med kommunen, herunder projekter omhandlende børn og unge. 8. Der opfordres til, at det i overenskomsten aftales hvordan almen praksis aflønnes for at deltage i udviklingsprojekter med kommunen. 9. Det aftales, at almen praksis er opmærksomme på at fremsende statusnotater på alle relevante børn, da lægen på baggrund af børneundersøgelser og sit kendskab til familien typisk har et godt indblik i

⁴ Møderne skal dække en bred vifte af kommunale områder og altså ikke kun vedrøre børn og unge.

<p>barets trivsel og udvikling ved skolestart.</p> <p>10. Det aftales at almen praksis indgår i øget opsporing af udsatte gravide og henvisning til den kommunale sundhedstjeneste.</p>
<p>Udvikling af nye samarbejdsformer med udgangspunkt i FØP/Flex</p> <p>11. Det nye samarbejdskoncept mellem kommune, region og almen praksis skal følges tæt og kan evt. danne udgangspunkt for samarbejdsmodeller på andre områder.</p>
<p>Forpligtelse til udførelse af sygebesøg / hjemmebesøg</p> <p>12. Det aftales, at kommuner og almen praksis drøfter faglige retningslinjer for hvornår der skal udføres hjemmebesøg, at almen praksis øger antallet af sygebesøg / hjemmebesøg og at udviklingen monitoreres. Sygebesøg / hjemmebesøg ønskes særligt i forbindelse med mere komplekse borgerforløb.</p>
<p>Bedre lægetilknytning til plejecentre, plejeboliger og botilbud</p> <p>13. Det aftales, at almen deltager ved udskrivningssamtale og/eller samtale, når en borger flytter ind på et plejecenter, plejebolig eller botilbud, hvis det skønnes at der er behov for det.</p> <p>14. Det aftales, at projekter der arbejder med færre læger pr. plejehjem eller bosted, følges tæt med henblik på, at dokumenterede resultater aftales implementeret i praksisplanen.</p>
<p>Akutte og subakutte tider i almen praksis</p> <p>15. Det aftales at almen praksis planlægger akutte og subakutte tider, hvor det er muligt at prioritere opgaver i samarbejde med kommunen, herunder opfølgende hjemmebesøg.</p>
<p>Lægebetjening af akuttilbud/midlertidige tilbud</p> <p>16. Det aftales, at almen praksis er opmærksomme på at anvende de kommunale akuttilbud med henblik på at borgeren behandles på laveste effektive omkostningsniveau. Derudover skal den alment praktiserende læge delegere relevant behandling.</p> <p>17. Det aftales, at de alment praktiserende læger er forpligtede til tilse egne patienter på akuttilbud eller sikre lægedækningen på akuttilbud.</p> <p>18. Det aftales, at almen praksis i højere grad er opmærksom på og tager stilling til, om rammedelegation af specifikke ydelser til den kommunale sygepleje er relevant.</p> <p>19. Det aftales, at der i samarbejde mellem almen praksis og relevante kommunale parter sker kompetenceudvikling, som understøtter delegation af opgaver til kommunale sygeplejersker, herunder lægernes kompetencer til at føre tilsyn med opgavernes udførelse, med henblik på at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.</p>
<p>Tema 2: Bedre kendskab til tilbud og henvisning</p>
<p>Øget kendskab til kommunale tilbud</p> <p>20. Det aftales, at kommuner og almen praksis understøtter et velfungerende samarbejde i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU), eksempelvis gennem delt formandskab.</p>
<p>Bedre kendskab til regionale tilbud, herunder frit valg</p> <p>21. Det aftales, at kommuner, regioner og almen praksis indgår i tættere dialog omkring behandlingsmuligheder for forskellige målgrupper.</p>
<p>Tema 3: Øget tilgængelighed til almen praksis</p>
<p>Organisering med henblik på større fleksibilitet</p> <p>22. Der opfordres til at almen praksis søger at organisere sig på måder, der giver den nødvendige fleksibilitet - fx lægecentre, hvor minimum to læger er sammen om en praksis, hvorved ressourcer til telefonbetjening og hjemmebesøg/kontakt med kommunen kunne tilrettelægges mere fleksibelt.</p>
<p>Telefonisk tilgængelighed</p> <p>23. Det aftales, hvordan kommunerne og almen praksis kan få telefonisk kontakt med hinanden, fx via direkte telefonnumre til almen praksis eller lignende.</p>
<p>Fokus på rekruttering af alment praktiserende læger</p> <p>24. Det aftales, at det i praksisplanen beskrives, hvordan der sikres lægedækning i alle kommuner i hovedstadsregionen, herunder eksempelvis en skitsering af mulige modeller og samarbejdsformer</p>

om etablering af lægepraksis
Tema 4: Bedre forventningsafstemning med almen praksis
<p>Mere ensartet kommunikation fra kommuner og almen praksis til bl.a. sygemeldte borgere mv.</p> <p>25. Det aftales, at kommuner og almen praksis understøtter et velfungerende samarbejde i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU), eksempelvis gennem delt formandskab.</p> <p>26. Det aftales, at kommuner og almen praksis i fællesskab arbejder på at understøtte borgernes funktionsniveau og arbejdsevne, bl.a. via anvendelsen af ”mulighedserklæring”, delvise sygemeldinger og andre muligheder for fastholdelse af medarbejdere i beskæftigelse. Det kan bl.a. skal med afsæt i drøftelser og forventningsafstemning i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) og på øvrige møder med kommunens praktiserende læger.</p> <p>27. Det aftales, at der i de nye ressourceforløb, som igangsættes lægges vægt udvikling af arbejdsevne i på tæt dialog mellem borger, kommune, almen praksis og region.</p>
<p>Fælles faglig forståelse og bedre kendskab til hinandens tilbud og ansvarsområder på børneområdet</p> <p>28. Det aftales, at kommuner og almen praksis understøtter et velfungerende samarbejde i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) også i relation til børne- og ungeområdet.</p> <p>29. Det aftales, at de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) drøfter hvilke områder, der konkret er behov for at sætte fokus på, fx samarbejdet omkring spædbørn eller den udvidede underretningspligt.</p> <p>30. Det aftales, at kommunerne sørger for opdaterede oplysninger – også om børn- og ungeområdet – på sundhed.dk og at almen praksis forpligter sig på at anvende siden.</p>
Tema 5: Medicinområdet
<p>Årlig medicingennemgang for ældre borgere og borgere på plejecentre og botilbud</p> <p>31. Det aftales, at almen praksis prioriterer at gennemføre en årlig medicingennemgang af beboere på kommunale institutioner, herunder plejecentre og botilbud samt ældre borgere i eget hjem der får 6 eller flere lægemidler på samme tid (polyfarmaci).</p>
<p>Øget læring af utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinordinationer ved sektorovergange</p> <p>32. Det beskrives i praksisplanen hvem der er ansvarlig for borgeres medicin i forskellige dele af forløbet, således at ansvarsfordelingen er klar.</p> <p>33. Det aftales at understøtte læring af utilsigtede hændelser i almen praksis.</p>
<p>Fokus på implementering og anvendelse af Fælles Medicin Kort (FMK)</p> <p>34. Det aftales, at region, kommuner og almen praksis følger planen for implementering af det Fælles Medicin Kort (FMK) og lægger vægt på at bruge systemet korrekt.</p>
<p>Tovholder for Den Ældre Medicinske Patient</p> <p>35. Det aftales, hvordan almen praksis i højere grad kan varetage tovholderrollen for den ældre medicinske patient – særligt i forhold til medicin – i samarbejde med kommunen.</p> <p>36. Der ønskes klarhed om, hvilken læge (hospital eller almen praksis) der er ansvarlig i forhold til patientens medicin med henblik på at sikre kontinuitet for patienten og undgå unødvendige skift i medicin.</p>
Tema 6: Ulighed i sundhed
<p>Fokus på livsstilssygdomme hos sårbare borgere, herunder borgere med psykiske lidelser og udviklingshæmning</p> <p>37. Det aftales, at læger i almen praksis prioriterer den tidlige opsporing af sygdomme hos sårbare borgere</p> <p>38. Det aftales, at ansvarsfordelingen mellem kommuner og almen praksis i forhold til opsporende indsats præciseres.</p> <p>39. Det aftales, at læger i almen praksis sammen med kommuner tilrettelægger og deltager i fælles kompetenceudvikling i forhold til at arbejde med forebyggelse og tidlig opsporing af sygdomme hos borgere med psykiske lidelser og udviklingshæmning, herunder formidling til målgruppen.</p>

Tema 1: Mere forpligtende samarbejde

Kommunerne ønsker et mere forpligtende samarbejde med almen praksis om de fælles borgere/patienter. Det kræver noget af begge parter at opbygge og vedligeholde et velfungerende samarbejde. Kommunerne har bl.a. en vigtig opgave i at bygge videre på de gode samarbejdsrelationer der allerede eksisterer og sikre, at indholdet er konkret og patientnært når almen praksis inviteres ind i møder, udviklingsarbejder mv.

De udfordringer, som kommunerne oplever i samarbejdet med almen praksis hænger i høj grad sammen med forskelligheden mellem de enkelte alment praktiserende læger. Almen praksis vælger på en række områder selv, hvilke ydelser/indsatser de vil deltage i udenfor praksis⁵. Dette gælder fx de § 2-aftaler, der indgås lokalt, som giver de alment praktiserende læger mulighed for at give borgeren en bestemt ydelse, men ikke forpligter dem til at gøre det. Kommunerne oplever, at det i høj grad er den enkelte læges interesse i en patientgruppe eller en konkret sag, der er afgørende for, om – og i hvilket omfang – lægen prioriterer ressourcer til at deltage i møder, tværfaglige samarbejder og udviklingsprojekter.

Forskelligheden opleves i alle dele af den kommunale indsats – det gælder i hjemmeplejen, på plejehjem, i socialpsykiatrien, i socialforvaltninger og i jobcentrene. Forskelligheden opleves både i forhold til det konkrete samarbejde og kvaliteten i ydelserne fra almen praksis (fx ydelser som kommunernes jobcentre køber af almen praksis). Det er dog vigtigt at understrege, at kommunerne har mange forskellige oplevelser af samarbejdet, hvilket også kan variere internt mellem kommunale forvaltninger. Kommunerne har således også selv en opgave i at skabe et godt samarbejde med almen praksis om de enkelte borgere på tværs af forvaltninger.

Hvorvidt etablering af et enstreget akutsystem i Region Hovedstaden giver nye udfordringer for kommunerne er endnu for tidligt at vide. Men det er et forhold der skal medtænkes i forhold til bl.a. kommunernes udfordringer i forhold til hjemmebesøg, lægelig betjening af akut tilbud, jf. neden for.

Øget deltagelse i tværfaglige møder

Med henblik på at optimere den faglige praksis og skabe et velfungerende tværsektorielt samarbejde, ønsker kommunerne at inddrage almen praksis i tværfaglige møder af forskellig karakter. Det kan eksempelvis være tværfaglige møder med den enkelte borger, som har et meget komplekst forløb eller det kan være informations- eller temamøder, hvor kommunen orienterer eller drøfter nye indsatser eller prioriteringer med almen praksis.

Mange kommuner har i dag ansat praktiserende læger som praksiskonsulenter med henblik på at understøtte samarbejdet med almen praksis, men bortset fra de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) eksisterer der i dag ikke obligatoriske fora, hvor almen praksis deltager sammen med kommunerne for at drøfte faglige emner.

Som led i etablering af et mere forpligtende samarbejde kan kommunerne med fordel indgå i dialog med lægerne om indhold og relevans af de møder, kommunerne ønsker deltagelse i – formålet er at

⁵ Det gælder dog ikke enkeltopgaver, som almen praksis er lovmæssigt forpligtet til at levere til kommunerne for eksempel udarbejde udtalelser m.v. Her ligger der dog en udfordring i forhold til overholdelse af de gældende tidsfrister bl.a. på beskæftigelsesområdet.

sikre sig, at alle praktiserende læger i højere grad anvender de informationer, som kommer enten direkte fra kommunerne eller fra kommunerne via lægelaug mv. Ligeledes ønsker kommunerne, at

Ønske til praksisplanen:

1. Det aftales, at alle alment praktiserende læger i den enkelte kommune forpligtes på at deltage i fx to årlige informationsmøder, som afholdes af kommunen.
2. Det aftales, at der blandt de alment praktiserende læger i den enkelte kommune udpeges et antal repræsentanter, som deltager i tværfaglige møder med kommunen, fx på sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet. Repræsentanterne er forpligtede på at referere tilbage til de øvrige praktiserende læger, som anvender tilbagemeldingerne aktivt.
3. Der opfordres til, at det i overenskomsten aftales, hvordan almen praksis aflønnes for at deltage i informationsmøder og tværfaglige møder med kommunerne.

Øget deltagelse i udviklingsprojekter

Der foregår kontinuerligt udvikling af kommunale tilbud samt afprøvning af nye løsninger indenfor det sundhedsfaglige område, som kræver et tæt samarbejde med læger i almen praksis. Den positive udvikling eller den positive løsning kræver ofte et tæt samarbejde med almen praksis både i den strategiske udviklingsfase samt ved afprøvning af nye løsninger.

Fx shared care, der gennem *integration* af indsatsen på hospital, i almen praksis og i kommunen vil kunne forbedre behandlingskvalitet og sikre en mere rationel ressourceudnyttelse.

Herudover vil udviklingen af det velfærdsteknologiske område særligt indenfor telesundhed og telemedicin kræve et tæt samarbejde mellem region, kommune og almen praksis. Udvikling og implementering af telemedicinske løsninger rummer store potentialer og der eksisterer allerede nu en række afprøvede modeller, der for relativt begrænsede investeringer kan medvirke til at imødekomme udfordringerne med flere ældre og kronisk syge.

Kommunerne oplever, at det ville være frugtbart, at almen praksis i større omfang indgår i udviklingsprojekter – i forhold til det strategiske udviklingsarbejde, fælles kompetenceudvikling og afprøvning af løsninger. I forbindelse med telemedicinske løsninger ønsker kommunerne især fokus på udvikling it-kompetencer i almen praksis.

Ønske til praksisplanen:

4. Det aftales, at de lokale lægelaug forpligter sig til, på ad hoc basis, at udpege repræsentanter, der deltager i fælles udviklingsprojekter med kommunen, herunder projekter omhandlende velfærdsteknologiske løsninger og shared care løsninger.
5. Der opfordres til, at det i overenskomsten aftales hvordan almen praksis aflønnes for at deltage i udviklingsprojekter med kommunen.

Mere forpligtende samarbejde omkring børn – især om sårbare børn og sårbare gravide

Kommunerne finder, at almen praksis er en meget vigtig samarbejdspart på børnerområdet – især i forhold til tidlig opsporing og tidlig indsats for sårbare børn og sårbare gravide. Kommunerne ønsker at intensivere samarbejdet om børn i dårlig trivsel, således at sundhedstjenesten og den

praktiserende lægens indsatser både i de tidlige sundhedsydelse i de første år og senere i skolealderen i højere grad bliver sammenhængende. Kommunerne forventer, at koordinering og samarbejde om disse børn i et tidligt forløb vil medføre en mere effektiv indsats.

Ligesom på voksenområdet ser kommunerne et stort potentiale i en højere grad af deltagelse fra almen praksis i netværksmøder og lokalt udviklingsarbejde, fx om overvægtige børn mv.. Med henblik på at styrke overgangen fra dagtilbud til folkeskole ønsker kommunerne endvidere, at lægerne lægger større vægt på at udarbejde statusnotater i forbindelse med overgang til skolesundhedstjenesten. Lægen skal ved afslutningen af børneundersøgelserne, for børn der har haft sundhedsmæssige problemer, der kan få betydning for skolegangen, udarbejde et notat til den kommunale sundhedstjeneste.

Endelig ser kommunerne et stort potentiale i at øge samarbejdet om gravide med trivselsproblemer. Almen praksis har i forvejen regelmæssig kontakt kvinderne og kunne med fordel i højere grad henvise dem til sundhedstjenesten allerede som gravide. Dette ville give kommunerne mulighed for at kunne igangsætte et tidligt intensivt besøgsforløb i tæt samarbejde mellem læge og sundhedstjeneste.

Honorering og forpligtelse til at deltage er ligesom på voksenområdet væsentlige spørgsmål - såvel i forhold til møder som udviklingsarbejde.

Ønske til praksisplanen:

6. Det aftales at alle alment praktiserende læger i den enkelte kommune forpligtes på at deltage i fx to årlige informationsmøder⁶, som afholdes af kommunen.
7. Det aftales, at de lokale lægelaug forpligter sig til, på ad hoc basis, at udpege repræsentanter, der deltager i fælles udviklingsprojekter med kommunen, herunder projekter omhandlende børn og unge.
8. Der opfordres til, at det i overenskomsten aftales hvordan almen praksis aflønnes for at deltage i udviklingsprojekter med kommunen.
9. Det aftales, at almen praksis er opmærksomme på at fremsende statusnotater på alle relevante børn, da lægen på baggrund af børneundersøgelser og sit kendskab til familien typisk har et godt indblik i baret's trivsel og udvikling ved skolestart.
10. Det aftales at almen praksis indgår i øget opsporing af udsatte gravide og henvisning til den kommunale sundhedstjeneste.

Udvikling af nye samarbejdsformer med udgangspunkt i FØP/Flex

Med reformen af førtidspension og fleksjob er der åbnet op for en ny type tværsektorielt samarbejde mellem kommune, region og almen praksis. Rehabiliteringsteamet behandler sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. I rehabiliteringsteamet er alle relevante kompetencer sammen om at anlægge et helhedsorienteret perspektiv på borgere, der er i risiko for at komme på førtidspension. Regionen er repræsenteret med en sundhedskoordinator, der både bidrager i vurderingen af borgeren, men også kan indgå direkte i dialog med egen læge.

⁶ Møderne skal dække en bred vifte af kommunale områder og altså ikke kun vedrøre børn og unge.

Almen praksis er forpligtiget til at bidrage til arbejdet i rehabiliteringsteamene bl.a. via udarbejdelse af "Lægeattest til Rehabiliteringsteam LÆ 265". I konkrete ressourceløb vil der være behov for et tæt samarbejde mellem rehabiliteringsteamets sundhedskordinator og egen læge i forhold til aftalen om behandlingsforløb parallelt med et rehabiliteringstilbud. Et sammenhængende rehabiliteringsforløb fordrer – i lighed med det sammenhængene patientforløb – behov for et tæt og forpligtigende samarbejde mellem kommune og almen praksis.

Ønske til praksisplanen:

11. Det nye samarbejdskoncept mellem kommune, region og almen praksis skal følges tæt og kan evt. danne udgangspunkt for samarbejdsmodeller på andre områder.

Forpligtelse til udførelse af sygebesøg / hjemmebesøg

En tidlig indsats i form af et hjemmebesøg kan i nogle tilfælde være afgørende for at undgå, at en borger bliver indlagt på hospitalet af en årsag, som kunne have været håndteret i hjemmet. Det er dog ikke alle læger, der gennemfører sygebesøg i borgernes eget hjem. I situationer, hvor egen læge ikke udfører et hjemmebesøg kan det betyde, at vagtlægen i stedet involveres og at dette fører til, at borgeren indlægges på hospital. Ofte begrundes lægerne den manglende mulighed for at foretage hjemmebesøg i tid og ressourcer.

Ønske til praksisplanen:

12. Det aftales, at kommuner og almen praksis drøfter faglige retningslinjer for hvornår der skal udføres hjemmebesøg, at almen praksis øger antallet af sygebesøg / hjemmebesøg og at udviklingen monitoreres. Sygebesøg / hjemmebesøg ønskes særligt i forbindelse med mere komplekse borgerforløb.

Bedre lægetilknytning til plejecentre, plejeboliger og botilbud

Kommunale plejecentre, plejeboliger og botilbud har potentielt kontakt med mange forskellige praktiserende læger, og oplever at der ydes varierende grader af betjening til deres patienter og det ansatte personale de pågældende steder.

Syv plejecentre landet over har siden 2012 deltaget i et projekt med en fast tilknyttet læge, der kommer nogle timer hver uge. Timerne bruges til rådgivning og vejledning af personalet om bl.a. medicinbehandling og behandling af døende patienter. Lægen er derudover også praktiserende læge for de borgere, der ønsker det. Formålet med projektet er at sikre øget faglig indsigt samt et bedre tværfagligt samarbejde mellem plejepersonale og læger. Yderligere undersøges det i forbindelse med projektet, om fast tilknyttede læger kan give mulighed for bedre håndtering af medicinforbruget hos ældre på plejehjem samt færre u hensigtsmæssige indlæggelser. Projektet afsluttes i marts 2014 og det forventes, at en evalueringsrapport fra SFI foreligger medio 2014⁷.

Ønske til praksisplanen:

13. Det aftales, at almen deltager ved udskrivningssamtale og/eller samtale, når en borger flytter ind på et plejecenter, plejebolig eller botilbud, hvis det skønnes at der er behov for det.

⁷ Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/organisering-og-styring/fast-tilknyttede-laeger>

14. Det aftales, at projekter der arbejder med færre læger pr. plejehjem eller bosted, følges tæt med henblik på, at dokumenterede resultater aftales implementeret i praksisplanen.

Akutte og subakutte tider i almen praksis

Når svækkede ældre udskrives efter en hospitalsindlæggelse, er risikoen for genindlæggelse stor. U hensigtsmæssige genindlæggelser er til stor gene for borgerne, samtidig er det ressourcekrævende for både hospitalet og kommunen.

Én måde at arbejde med forebyggelse af genindlæggelser på, er opfølgende hjemmebesøg, hvor det første besøg i borgerens hjem sker i samarbejde mellem hjemmesygeplejerske og praktiserende læge cirka 6-8 dage efter endt indlæggelse. Dette kan blive efterfulgt af yderligere 1-2 opfølgninger.

Almen praksis bliver honoreret efter en § 2 aftale for deltagelse i opfølgende hjemmebesøg. Kommunerne i hovedstadsregionen har vedtaget et rammepapir om udmøntning af det nære sundhedsvæsen, hvor en af indsatserne er opfølgende hjemmebesøg⁸.

I juni 2012 har KORA evalueret potentialet for opfølgende hjemmebesøg i 10 kommuner. Evalueringen viser, at det er en udfordring at få gennemført besøgene. Det var kun mellem 14 og 53 pct. af borgerne, som indgik i ordningerne, der modtog et første hjemmebesøg.

Ønske til praksisplanen:

15. Det aftales at almen praksis planlægger akutte og subakutte tider, hvor det er muligt at prioritere opgaver i samarbejde med kommunen, herunder opfølgende hjemmebesøg.

Lægebetjening af akuttilbud/midlertidige tilbud

Den gennemsnitlige indlæggelsestid i Region Hovedstaden er faldet fra 4,6 dage i 2008 til 3,7 dage i 2012⁹. Generelt udskrives borgernes fra hospital, når de ikke længere har et lægefagligt vurderet behov for at være indlagt. De kan dog sagtens stadig have behov for en ambulans behandlingssindsats og en intensiv sygeplejefaglig indsats i kommunalt regi, samt pasning og observation.

Kommunerne kan løse ovenstående opgave dels ved at etablere akutpladser med sygeplejersker til observation og behandling af borgerne, ligesom kommunale akutsygeplejersker kan løse opgaverne i borgernes eget hjem. Kommunerne i hovedstadsregionen har vedtaget et rammepapir om udmøntning af det nære sundhedsvæsen, hvor etablering af akutpladser eller akutteam af sygeplejersker indgår som en mulig løsning.

Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser samt håndtering af komplikationer, forværring eller udvikling af sygdomme på et akuttilbud kan kræve brug af ydelser, der kun kan foretages af den kommunale sygepleje efter delegation fra en læge ifølge lovgivningen omkring autoriseret sundhedsfaglig virksomhed. Eksempler kan være at give borgerne intravenøs (gennem vene) behandling med væske og medicin måling af blodsukker, hvilket kræver at huden gennembrydes.. Lægelig delegation kan gives konkret eller som en rammedelegation, hvor opgaverne beskrives.

⁸ udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner om udmøntning af Handlingsplanen for den ældre medicinske patient, som er offentliggjort af Ministeriet for Sundhed og forebyggelse i december 2011.

⁹ Danske Regioner og Ministeriet for sundhed og forebyggelse: "Øget fokus på gode resultater på sygehusene", maj 2013

De akutte tilbud har behov for en lægefaglig betjening i forhold til udredning og behandling samt tilsyn af borgere på bl.a. midlertidige pladser. Det være sig gennem telefonisk rådgivning, som sygebesøg i samarbejde med hjemmesygeplejerske.

En særskilt udfordring er at almen praksis efter overenskomsten ikke er forpligtede til at foretage besøg hos borgere, hvor afstanden er mere end 15 km. Det har i enkelte kommuner været forsøgt at indgå samarbejde med almen praksis om tilsyn med borgere på akutpladser, særligt de borgere som har en praktiserende læge, som efter reglen om 15 km grænsen ikke er forpligtet til at foretage sygebesøg på akutpladser, men det har ikke kunnet lade sig gøre.

Ønske til praksisplanen:

16. Det aftales, at almen praksis er opmærksomme på at anvende de kommunale akuttilbud med henblik på at borgeren behandles på laveste effektive omkostningsniveau. Derudover skal den alment praktiserende læge delegere relevant behandling.
17. Det aftales, at de alment praktiserende læger er forpligtede til tilse egne patienter på akuttilbud eller sikre lægedækningen på akuttilbud.
18. Det aftales, at almen praksis i højere grad er opmærksom på og tager stilling til, om rammedelegation af specifikke ydelser til den kommunale sygepleje er relevant.
19. Det aftales, at der i samarbejde mellem almen praksis og relevante kommunale parter sker kompetenceudvikling, som understøtter delegation af opgaver til kommunale sygeplejersker, herunder lægernes kompetencer til at føre tilsyn med opgavernes udførelse, med henblik på at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

Tema 2: Bedre kendskab til tilbud og henvisning

Almen praksis er gate-keeper til det øvrige sundhedsvæsen og er dermed ansvarlig for at henvise borgeren til relevante sundheds-, behandlings- eller rehabiliteringstilbud. For at kunne løfte denne opgave skal almen praksis have kendskab til de indsatser der findes kommunalt og regionalt.

Kommunerne oplever et behov for, at almen praksis henviser tilstrækkeligt og mere ensartet til kommunale og regionale tilbud. Formålet hermed er at sikre, at alle borgere modtager den hjælp de har brug for og oplever kortest mulig ventetid¹⁰.

I det kommunale arbejde, der handler om at hjælpe borgere i den erhvervsaktive alder hurtigst muligt tilbage i job, er "tid" en vigtig faktor. Jo længere tid en borger er sygemeldt, jo større er sandsynligheden for at en borger ikke lykkedes med at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Derfor er det særlig vigtigt at borgere, hurtigt og effektivt visiteres til relevant behandling i regionalt og kommunalt regi.

Øget kendskab til kommunale tilbud

Kommunerne ser et behov for, at kendskabet i almen praksis til de kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud øges. Dette forventer kommunerne vil medvirke til, at almen praksis i højere

¹⁰ Bl.a. via oplysning til borgerne om frit valg på relevante områder.

grad henviser patienter med behov til de kommunale tilbud. Nogle kommunale sundhedstilbud er kun tilgængelige efter henvisning fra læge – fx de subakutte/akutte tilbud – mens andre tilbud også er tilgængelig uden forudgående lægehenvi sning. Et øget kendskab til de kommunale tilbud vil ligeledes reducere risikoen for, at kommunerne opretholder en unødvendig høj kapacitet i tilbuddene – som muligvis er afpasset det reelle behov, men ikke efterspørgslen.

Som eksempler på relevante kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud kan nævnes:

- Sundheds- og forebyggelsestilbud målrettet borgere med kroniske sygdomme eller i risiko for udvikling af kroniske sygdomme
- Subakutte og akutte kommunale tilbud til borgere over 65 år
- Særlige tilbud til børn og unge
- Øvrige tilbud om fx rådgivning, støtte og patientuddannelse til særlige målgrupper

På baggrund af en national skabelon er der udviklet en fælles kommunal/regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud på www.sundhed.dk. Sundhed.dk er et centralt kommunikationsredskab for almen praksis og øvrige aktører i sundhedsvæsenet, og giver et overblik over de eksisterende kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud. Alle kommuner har registreret tilbud om sundhed og forebyggelse samt subakutte/akutte tilbud på sundhed.dk. Det er hensigten, at almen praksis holder sig orienteret om de kommunale tilbud på sundhed.dk – som der også er lagt op til i den nuværende overenskomst for almen praksis. Der ses dog fortsat et potentiale for flere henvisninger til de kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud.

Kommunalt-lægelige udvalg (KLU) er ligeledes en indgang til formidling af relevante kommunale tilbud til almen praksis. Kommunen har på den ene side et ansvar i forhold til at kommunikere om relevante tilbud i dette mødeforum, og repræsentanterne har ligeledes et efterfølgende ansvar i forhold til at videreformidle informationen – fx via de kommunale lægelaug – til alle almen praksis. Kommunerne oplever udfordringer i forhold til at sikre, at dialogen og samarbejdet i KLU breder ud i almen praksis, herunder at almen praksis generelt tager ejerskab i forhold til KLU. Heller ikke i forhold til KLU er den enkelte praksis forpligtiget til at indgå i dialog og samarbejde med kommunen.

Ønske til praksisplanen:

20. Det aftales, at kommuner og almen praksis understøtter et velfungerende samarbejde i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU), eksempelvis gennem delt formandskab.

Bedre kendskab til regionale tilbud, herunder frit valg

Borgerne har forskellige rettigheder i forhold til at frit at vælge behandlingssted, hvilket bl.a. kan være relevant i tilfælde af ventetid i det regionale sundhedsvæsen. Ventetid kan betyde øget risiko for, at sygemeldte borgere mister tilknytning til arbejdsmarkedet. Ligeledes øger eventuel ventetid den periode, hvor kommunen skal udbetale sygedagpenge, ligesom at der lægges et større pres på hjemmeplejen og hjemmehjælpen, i situationer hvor de er involveret. Almen praksis har som tovholder i det enkelte forløb gode muligheder for hjælpe borgeren hurtigst muligt til behandling.

Ønske til praksisplanen:

21. Det aftales, at kommuner, regioner og almen praksis indgår i tættere dialog omkring behandlingsmuligheder for forskellige målgrupper.

Tema 3: Øget tilgængelighed til almen praksis

Udviklingen i sundhedsvæsenet, herunder særligt implementeringen af det nære sundhedsvæsen, øger kravene til almen praksis og fordrer både større fleksibilitet i tilgængelighed i lægepraksis og mulighed for at den alment praktiserende læge løfter opgaver udenfor sin praksis. Dertil kommer et behov for et bredt spektrum af kompetencer i den enkelte praksis.

Organisering med henblik på større fleksibilitet

For at løfte udfordringerne er der også indenfor almen praksis behov for organisatorisk tilpasning og udvikling. De mange solopraksis specielt i Københavnsområdet kan her give en særlig udfordring bl.a. i forhold til manglende fleksibilitet og mulighed for at imødekomme kommunernes behov fx i forhold sygebesøg og til lægebetjening af akuttilbud osv.

Ønske til praksisplanen:

22. Der opfordres til at almen praksis søger at organisere sig på måder, der giver den nødvendige fleksibilitet - fx lægecentre, hvor minimum to læger er sammen om en praksis, hvorved ressourcer til telefonbetjening og hjemmebesøg/kontakt med kommunen kunne tilrettelægges mere fleksibelt.

Telefonisk tilgængelighed

I samarbejdet mellem kommune og almen praksis er telefonisk tilgængelighed et opmærksomhedspunkt på såvel voksen- som børn- og ungeområdet. Kommunerne oplever, at det kan være vanskeligt at få kontakt med almen praksis i lægernes telefontid, som er begrænset og har lang ventetiden. Også uden for telefontiden er opleves det vanskeligt at få kontakt. Udfordringen opleves forskelligt af forskellige kommuner – og det kan også variere mellem forvaltninger internt i kommunerne om man har et direkte telefonnummer til almen praksis. Kommunerne er formentlig heller ikke selv lette at få telefonisk kontakt til, hvorfor der bør være åbenhed overfor, at en konkret aftale i praksisplanen går begge veje med fokus på den gensidige mulighed for telefonisk kontakt.

Ønske til praksisplanen:

23. Det aftales, hvordan kommunerne og almen praksis kan få telefonisk kontakt med hinanden, fx via direkte telefonnumre til almen praksis eller lignende.

Fokus på rekruttering af alment praktiserende læger

Den praktiserende læge har en nøgelfunktion i det danske sundhedsvæsen som behandler, visitor, forebygger og tovholder. Det er afgørende at sikre, at alle borgere kan være tilmeldt en læge. Der er kommuner i hovedstadsregionen, som oplever at det er vanskeligt at få besat ledige ydernumre. Med udgangspunkt i de praktiserende lægers alderssammensætning forventes det, at problemet vil vokse i omfang og bredde de kommende år.

Ønske til praksisplanen:

24. Det aftales, at det i praksisplanen beskrives, hvordan der sikres lægedækning i alle kommuner i hovedstadsregionen, herunder eksempelvis en skitsering af mulige modeller og samarbejdsformer om etablering af lægepraksis

Tema 4: Bedre forventningsafstemning med almen praksis

I samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne er det nødvendigt løbende at afklare snitflader og arbejdsdeling på området, samt udvikle viden og gensidig respekt for hinandens fagligheder, med henblik på at sikre, at kommuner og almen praksis arbejder i samme retning til gavn for borgeren.

Mere ensartet kommunikation fra kommuner og almen praksis til bl.a. sygemeldte borgere mv.

Kommunerne ser et stort potentiale i, at kommuner og almen praksis bliver bedre til at kommunikere ensartet til borgerne. Formålet er, at borgerne oplever et velkoordineret sundhedsvæsen, hvor de forskellige led arbejder sammen og i samme retning.

Et konkret indsatsområde, som kommunerne ønsker at fremhæve særligt er beskæftigelsesindsatsen, hvor fastholdelse af sygemeldte på arbejdsmarkedet, i det omfang det lader sig gøre, er en væsentlig faktor i forhold til at undgå fuldtidssygemeldinger og langvarige sygemeldinger. Et vigtigt redskab i denne forbindelse er anvendelsen af delvise sygemeldinger. Det vil sige, at en borger er sygemeldt en del af tiden, og derfor forsat kan passe en del af sine arbejdsopgaver, eller pågældende kan i en periode passe andre opgaver. Her er "mulighedserklæringen" et vigtigt redskab.

Kommunerne oplever at der kan være en tendens til at praktiserende læger "freder" sygemeldte og argumenterer for, at pågældende ikke kan arbejde, frem for at pege på funktioner pågældende forsat godt kan udføre. Det er uheldigt fordi det er erfaringen at, sygemeldte der fastholder kontakten til sin arbejdsplads gennem en delvis sygemelding, har bedre mulighed for at fastholde jobbet under sygeperioden. Borgere og medarbejdere, der er langtidssygemeldte uden delvis sygemelding, har en højere risiko for at blive opsagt under sygdom.

Det er derfor vigtigt at almen praksis er orienteret om de muligheder der eksisterer for at fastholde borgere i beskæftigelse, fx delvise sygemeldinger, og indarbejder det i deres kommunikation til borgerne. Mulighed for tilkobling af mentor, indretning af arbejdsplads, personlig assistance og omskoling, er ligeledes instrumenter der kan være relevante at være orienteret om.

Med reformen af fleksjob og førtidspension indføres nu ressourceforløb for borgere, der tidligere ville have fået bevilget førtidspension. I praksis betyder det at kommunale forvaltninger, region og almen praksis skal samarbejde om at hjælpe borgere i beskæftigelse gennem tværfaglige indsatser. Kommunerne ser det som en forudsætning for succes, at kommuner, almen praksis og region får forankret en fælles holdning til, at det lader sig gøre at udvikle arbejdsevne hos borgere.

Endelig har nogle kommuner oplevet, at almen praksis stiller borgere ydelser og tilbud i udsigt, som kommunerne ikke har mulighed for at tilbyde inden for lovgivningens rammer. Denne problemstilling er bred og vedrører ikke kun beskæftigelsesområdet. Et eksempel på en ydelse kunne være kommunal støtte til køb af bil, hvilket er udgiftstungt for kommunerne. Også her ønsker kommunerne at skabe en mere ensartet kommunikation til borgerne, således at de ikke oplever, at blive stillet noget i udsigt, som de så alligevel får afslag på.

Ønske til praksisplanen:

25. Det aftales, at kommuner og almen praksis understøtter et velfungerende samarbejde i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU), eksempelvis gennem delt formandskab.
26. Det aftales, at kommuner og almen praksis i fællesskab arbejder på at understøtte borgernes funktionsniveau og arbejdsevne, bl.a. via anvendelsen af "mulighedserklæring", delvise sygemeldinger og andre muligheder for fastholdelse af medarbejdere i beskæftigelse. Det kan bl.a. skal med afsæt i drøftelser og forventningsafstemning i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) og på øvrige møder med kommunens praktiserende læger.
27. Det aftales, at der i de nye ressourceforløb, som igangsættes lægges vægt udvikling af arbejdsevne i på tæt dialog mellem borger, kommune, almen praksis og region.

Fælles faglig forståelse og bedre kendskab til hinandens tilbud og ansvarsområder på børneområdet

Kommunerne ser et potentiale for en højere grad af tillid og samarbejde mellem fagligheder og indsatser i kommuner og almen praksis på børn- og ungeområdet. I den forbindelse ønsker kommunerne at sætte fokus på de respektive fagligheder med henblik på at opnå større gensidig forståelse og kendskab til hinandens tilbud og ansvarsområder.

Kommunerne ønsker endvidere en frugtbar informationsmetode på lokalt plan mellem kommune og almen praksis, således at almen praksis kan henvise til kommunale tilbud. Ligeledes er der i den kommunale sundhedstjeneste et ønske om at vide i hvilken udstrækning lægerne har brug for samarbejde og udviklingsbehov i forhold til lokalsamfundet.

Kommunerne oplever det som en udfordring, at kommune og almen praksis' respektive faglige tilgange til opgaverne ikke altid spiller sammen, hvilket betyder, at sundhedstjenesten og almen praksis af og til giver modstridende sundhedsråd til børn og forældre. Et konkret eksempel på et indsatsområde kunne være at skabe en fælles opfattelse af, hvornår den kommunale sundhedstjeneste skal henvise spædbørn til almen praksis (eksempelvis hvis de er gule i 3. leveage).

Kommunerne er endvidere bekymrede for, om almen praksis er bekendt med deres udvidede underretningspligt til kommunen, hvis de får kendskab til, at et barn eller en ung udsættes for vanrøgt, vold, mishandling, seksuelle overgreb mv. eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare.

Ønske til praksisplanen:

28. Det aftales, at kommuner og almen praksis understøtter et velfungerende samarbejde i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) også i relation til børn- og ungeområdet.
29. Det aftales, at de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) drøfter hvilke områder, der konkret er behov for at sætte fokus på, fx samarbejdet omkring spædbørn eller den udvidede underretningspligt.
30. Det aftales, at kommunerne sørger for opdaterede oplysninger – også om børn- og ungeområdet – på sundhed.dk og at almen praksis forpligter sig på at anvende siden.

Tema 5: Medicinområdet

Undersøgelser viser at mellem 11 og 17 procent af patienter, der bliver udskrevet fra hospital, oplever utilsigtede hændelser med medicin, hvilket kan resultere i skadestuebesøg, genindlæggelser og dødsfald. Internationalt regner man med, at 1-3 % af utilsigtede hændelser med medicin medfører alvorlige skader på patienterne¹¹.

Hændelser i forbindelse med medicinbehandling er ofte et resultat af mangelfuld overvågning af behandlingen, eller en utilstrækkelig kommunikation, herunder ansvarsfordeling, mellem de involverede parter.

Årlig medicingennemgang for ældre borgere og borgere på plejcentre og botilbud

Mange ældre borgere og borgere med psykiske lidelser, som enten bor i eget hjem, på plejcentre eller på kommunale botilbud er i medicinsk behandling for mere end én sygdom og modtager behandling med mange lægemidler på samme tid.

For at sikre, at borgerne behandles med størst mulig effekt, får færrest mulige alvorlige bivirkninger og behandles til den lavest mulige behandlingspris, er det væsentligt, at der løbende tages hånd om borgernes medicin.

Kommunerne oplever et stort behov for en årlig medicingennemgang af beboere i plejcentre og på botilbud. Embedslægen efterspørger i forbindelse med tilsyn på plejcentre dokumentation for en årlig gennemgang, og lægerne opfordres til at gennemgå deres beboere på plejcentre årligt, herunder medicinstatus. Medicingennemgang er ikke en selvstændig ydelse i overenskomsten med de praktiserende læger, men der er ydelser som indeholder muligheden for en årlig gennemgang af medicinen. Det kan være vanskeligt for kommuner og almen praksis at opnå enighed om, hvornår en medicingennemgang skal gennemføres.

Ønske til praksisplanen:

31. Det aftales, at almen praksis prioriterer at gennemføre en årlig medicingennemgang af beboere på kommunale institutioner, herunder plejcentre og botilbud samt ældre borgere i eget hjem der får 6 eller flere lægemidler på samme tid (polyfarmaci).

Øget læring af utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinordinationer ved sektorovergange

I forbindelse med udskrivning eller indlæggelse af patienter er der stor risiko for fejl, herunder utilsigtede hændelser med medicin. Dette kan bl.a. ske som følge af, at patientens medicin ændres under indlæggelsen og at der ikke kommunikeres tilstrækkeligt herom mellem hospital, almen praksis og kommune. Konkret er den kommunale sygeplejerske ofte ikke orienteret om hvorfor medicinen er ændret eller seponeret, hvilket efterlader tvivl om, hvorvidt det er tilsigtet eller utilsigtet. Også almen praksis kan have vanskeligt ved at tage ansvaret for den nye medicin, hvis de ikke har modtaget en epikrise fra sygehuset og derfor ikke har kendskab til indlæggelsen. Det skaber usikkerhed om, hvem der er ansvarlig for patientens medicin.

Denne problemstilling er særlig relevant i forhold til den ældre medicinske patient, da meget medicin til denne patientgruppe både udskrives i regi af almen praksis og på hospitalerne (under

¹¹ Region Hovedstaden: *Medicinafstemning. Erfaringer fra Gentofte Hospital og Hvidovre Hospital 2007 - 2008*

indlæggelse og ved ambulant besøg). Kommunerne ønsker et styrket samarbejde mellem hospital og almen praksis om at nedbringe risikoen for fejl- og dobbeltordinationer.

De utilsigtede hændelser med medicin, der opdages af kommunen, men som er opstået i almen praksis, rapporteres til almen praksis. Kommunerne ønsker, at der sker systematisk læring på baggrund af indrapporteringerne til almen praksis, også selvom den enkelte praktiserende læge formodentlig har en relativt lille mængde af utilsigtede hændelser.

Ønske til praksisplanen:

32. Det beskrives i praksisplanen hvem der er ansvarlig for borgeres medicin i forskellige dele af forløbet, således at ansvarsfordelingen er klar.

33. Det aftales at understøtte læring af utilsigtede hændelser i almen praksis.

Fokus på implementering og anvendelse af Fælles Medicin Kort (FMK)

For at forbedre kommunikationen mellem alle involverede behandlere både i primær- og sekundærsektoren og patienten blev der i 2004 indført elektronisk registrering af receptindløste lægemidler for den enkelte borger: Den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM).

PEM fungerer aktuelt i primærsektoren, hvor den praktiserende læge, fx ved receptfornyelser, kan få overblik over patientens samlede medicin. Ved de forebyggende hjemmebesøg i almen praksis er der lagt op til, at den praktiserende læge skal anvende PEM, inden besøget aflægges. Herved kan lægen skabe sig et bedre overblik over patientens samlede medicinindkøb, inklusiv ordinationer fra andre læger. Desuden vil lægen kunne vurdere omfanget af polyfarmaci, potentielle lægemiddelinteraktioner og graden af medicin-compliance.

Videreudviklingen af PEM er et det "Fælles Medicin Kort" (FMK). FMK er en central database som indeholder oplysninger om alle danske borgeres medicinkøb igennem de seneste to år samt en opdateret liste over borgerens aktuelle lægemiddelordinationer. Som basis indeholder FMK en oversigt over borgerens elektroniske recepter samt ekspederede papir, fax- og telefonrecepter. Når FMK er fuldt implementeret hos alle læger og der er foretaget medicinafstemning på FMK, vil det ligeledes indeholde en opdateret liste med borgerens aktuelle lægemiddelordinationer. Læger, vagtlæger, tandlæger og andre relevante sundhedspersoner som har borgeren i behandling, har adgang til opdaterede medicinoplysninger, ligesom at borgeren selv får det¹².

FMK kan således foretage medicinafstemning (som er afstemning af medicinlister), men det er vigtigt fortsat at have fokus på at der foretages *medicingennemgang*, hvor der tages stilling til det fortsatte rationale for hvert enkelt lægemiddel¹³.

En fælles elektronisk registrering af medicinstatus vil afhjælpe problematikken vedrørende medicineringsfejl ved sektorovergange. Erfaringer fra sygehusene har dog vist, at enstrengede medicinordinations- og administrationssystemer reducerer, men ikke eliminerer, antallet af medicineringsfejl.

¹² Statens Serum Institut's hjemmeside, november 2013

¹³ Dorte Glintborg, "Medicingennemgang i almen praksis"

Almen praksis vil få adgang til oplysningerne i FMK igennem eget journalsystem. FMK er under implementering og forventes taget i brug af alle hospitaler og almen praktiserende læger i 2014. I september 2013 anvendte omkring halvdelen af alle praktiserende læger Region Hovedstaden FMK. Succesfuld implementering kræver, at såvel kommuner som almen praksis prioriterer implementeringen og anvender systemet korrekt.

Ønske til praksisplanen:

34. Det aftales, at region, kommuner og almen praksis følger planen for implementering af det Fælles Medicin Kort (FMK) og lægger vægt på at bruge systemet korrekt.

Tovholder for Den Ældre Medicinske Patient

Mange af de ældre medicinske patienter har kontakt til både almen praksis, speciallæger, den kommunale sektor (hjemmesygepleje eller plejecenter) og regionernes sygehuse, idet patienten ofte har behov for tilbud på tværs af sektorer og lægefaglige specialer.

For et godt og sammenhængende forløb er det centralt, at samarbejdet på tværs af sektorer fungerer. Mange ældre medicinske patienter har gentagne indlæggelser og får derfor ofte justeret deres medicin af skiftende læger i hospitalsvæsenet, som har tendens til for ensidigt at fokusere på hver deres del af behandlingen.

Den praktiserende læge har en central rolle i forhold til tovholderfunktionen omkring den enkelte patient – især patienter med mange kontakter i sundhedsvæsenet, polyfarmaci og/eller dårlige sociale netværk. Kommunerne finder, at det meget vigtigt, at almen praksis har og løfter denne rolle som tovholder.

Regeringens handlingsplan for den ældre medicinske patient indeholder indsatser på bl.a. medicinområdet omkring polyfarmaci og systematisk medicinafstemning i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning.

Dansk Selskab for Almen Medicin udgav i 2012 "Den ældre patient", som er en klinisk vejledning til almen praksis' arbejde med ældre patienter, hvor almen praksis' rolle i forhold til medicinansvar er beskrevet med tydelige retningslinjer for deres forventede indsats¹⁴.

Ønske til praksisplanen:

35. Det aftales, hvordan almen praksis i højere grad kan varetage tovholderrollen for den ældre medicinske patient – særligt i forhold til medicin – i samarbejde med kommunen.
36. Der ønskes klarhed om, hvilken læge (hospital eller almen praksis) der er ansvarlig i forhold til patientens medicin med henblik på at sikre kontinuitet for patienten og undgå unødvendige skift i medicin.

¹⁴ <http://www-01.e-pages.dk/dsam/171206564/>

Tema 6: Ulighed i sundhed

Fokus på livsstilssygdomme hos sårbare borgere, herunder borgere med psykiske lidelser og udviklingshæmning

Den praktiserende læge er med sin tætte kontakt til borgerne og som gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen en vigtig aktør i arbejdet med at dæmme op for uligheden i sundhed. Det er afgørende, at almen praksis har blik for den sårbare borger.

Sårbare borgere forstås som borgere, som på grund af svær sygdom, flere samtidige behandlingskrævende sygdomme, handicap mv. og evt. svagt personligt netværk er stærkt afhængige af sundheds- og/eller sociale ydelser – eller borgere, som på grund af begrænsede personlige ressourcer og ringe sygdomsindsigt, eller sociale/ kulturelle forhold har svært ved at yde en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg¹⁵.

Kommunerne har ansvaret for at tilbyde forebyggende sundhedsindsatser og rehabiliteringsindsatser til de borgere, der har behov herfor. For at kunne løse denne opgave er kommunerne afhængige af, at almen praksis bidrager til (tidlig) opsporing af sygdomme og henvisning til kommunale tilbud blandt sårbare borgere generelt.

Kommunerne ønsker i samarbejde med almen praksis særligt at sætte fokus på borgere med psykiske lidelser og borgere med udviklingshæmning, der ligesom den øvrige befolkning i stigende grad udvikler livsstilssygdomme. Studier på området viser, at sundhedsadfærden hos disse borgere er dårligere end hos befolkningen generelt, og at antallet af livsstilssygdomme er højere. Vi ved at disse målgrupper kommer senere til læge, ikke tager imod tilbud om screeningsundersøgelser på samme niveau som den øvrige befolkning og er sværere at diagnosticere. Borgerne kan desuden have svært ved at forstå både mundtlig og skriftlig information og ofte vil det være sådan at borgerens grundlæggende sygdom eller andre problemer fylder så meget, at forebyggelse af og symptomer på andre former for sygdom let overses.

Ønske til praksisplanen:

37. Det aftales, at læger i almen praksis prioriterer den tidlige opsporing af sygdomme hos sårbare borgere
38. Det aftales, at ansvarsfordelingen mellem kommuner og almen praksis i forhold til opsporende indsats præciseres.
39. Det aftales, at læger i almen praksis sammen med kommuner tilrettelægger og deltager i fælles kompetenceudvikling i forhold til at arbejde med forebyggelse og tidlig opsporing af sygdomme hos borgere med psykiske lidelser og udviklingshæmning, herunder formidling til målgruppen.

¹⁵ Beskrivelsen af sårbare borgere er udledt af Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram for kronisk sygdom, december 2012

Bilag 1: Kommissorium for fælleskommunal arbejdsgruppe vedr. indspil til praksisplanudvalget

Baggrund

Inden sommerferien 2013 vedtog Folketinget en ændring af sundhedsloven vedrørende rammer for almen praksis. Ifølge loven etableres nye praksisplanudvalg, der får til opgave at udarbejde en praksisplan.

Praksisplanen bliver det centrale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem kommunerne, regionen og almen praksis. Planen vil som noget nyt beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage samt indeholde overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Praksisplanen ses som et af de væsentligste instrumenter for kommunerne i forhold til at sikre indflydelse på almen praksis. Yderligere vil praksisplanen være den ramme, som sikrer grundlaget for sundhedsaftalens gennemførelse.

Praksisplanudvalget vil bestå af 5 repræsentanter fra kommunalbestyrelserne i regionen, 3 regionsrådsmedlemmer og 3 repræsentanter udpeget blandt de praktiserende læger i regionen. Udkast til praksisplan skal drøftes i Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) med henblik på at sikre sammenhæng til den øvrige sundhedsplanlægning. Regionsrådet har den endelige beslutningskompetence i forhold til godkendelse af praksisplanen. Sundhedsstyrelsen udarbejder en vejledning om form og indhold i praksisplanen. Vejledningen forventes offentliggjort ultimo 2013.

Udpegelse af kommunale medlemmer til praksisplanudvalget vil ske på KKR Hovedstadens konstituerende møde den 29. januar 2014. Det betyder, at praksisplanerne udarbejdes med et relativt kort aftræk i månederne februar, marts og april 2014.

Det er på KKR's møde d. 9. oktober 2013 besluttet, at Embedsmandsudvalget for Sundhed er ansvarlig for, at der udarbejdes fælleskommunale ønsker til praksisplanen.

Arbejdsgruppens opgaver og leverancer

Der nedsættes en arbejdsgruppe, som har til opgave at drøfte og udarbejde et prioriteret "brutto-katalog" over fælleskommunale ønsker til samarbejdet med almen praksis. Målet for arbejdet er at skabe et godt grundlag for formulering af et mandat til de 5 kommunale repræsentanter i praksisplanudvalget.

Brutto-kataloget skal udformes, så det for hvert emne beskrives, hvilke udfordringer og dertil koblede indsatser, der foreslås aftalt i praksisplanen.

Arbejdsgruppen skal bl.a. inddrage følgende perspektiver i udvælgelsen og beskrivelsen af emner:

- samspillet mellem almen praksis og den kommunale indsats på tværs af beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet (fx i tilknytning til den nye førtidspensions- og fleksjobreform)

- samspillet mellem almen praksis og socialpsykiatrien

Derudover skal arbejdsgruppen tage højde for, at det af lovens bemærkninger fremgår, at kommunerne særligt har behov og mulighed for at styrke samarbejdet med almen praksis på følgende tre områder:

- Tilgængelighed
- Medicinhåndtering
- Sygebesøg.

Endelig foreslår KL, at følgende temaer indgår i overvejelserne om fælleskommunale krav til praksisplanerne:

- Lægedækning – sikring af læger i de kommuner, der er hårdest ramt af lægemangel
- Understøttelse af shared care-løsninger omkring ældre medicinske patienter, fx i forhold til lægebetjening af akutpladser
- Fokus på medicinhåndtering
- Samarbejde om og lægernes henvisning af kronisk syge borgere til kommunale tilbud
- Samlokalisering af kommunale sundhedstilbud og almen praksis i kommende sundhedshuse/centre.

Da arbejdet spiller tæt sammen med forberedelsen af fælleskommunale visioner og målsætninger til sundhedsaftalen for 2015-2018, inddrages endvidere materialet fra denne proces i arbejdet, ligesom at det fælleskommunale rammepapir *Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen* inddrages.

Arbejdsgruppen skal via klyngerne inddrage kommunerne i hovedstadsregionen i en dialog om, hvilke fælles emner der skal indgå i udarbejdelsen af praksisplanen. Arbejdsgruppens medlemmer skriver konkrete bidrag og sørger for inddragelse af klyngerne. Det fælleskommunale sundhedssekretariat koordinerer og understøtter arbejdet.

Brutto-kataloget skal behandles i Embedsmandsudvalget for Sundhed. Derefter vil forslag til fælleskommunale ønsker til praksisplanen blive sendt i høring i kommunerne.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppens sammensætning skal sikre:

- At alle klynger (dvs. Nord, Midt, Byen, Syd) er repræsenteret
- At der er repræsentanter fra de kommunale områder, som har snitflader til almen praksis – dvs. sundhedsområdet, socialområdet, arbejdsmarkedsområdet, børneområdet, skoleområdet mv.
- At såvel faglige som ledelsesmæssige vinkler på samarbejdet med almen praksis er dækket

Udpegnings til arbejdsgruppen sker således:

- Hver klynge/planområde udpeger 1 person fra sundhedsområdet og 1 person fra et af de øvrige relevante områder til arbejdsgruppen. Både ledelsesniveau og fagpersonniveau kan være relevant, dvs. enten sundhedschefer eller centrale medarbejdere, der har snitflader til almen praksis.

- Der gives tilbagemelding vedr. udpegning til det fælleskommunale sundhedssekretariat **senest torsdag d. 24. oktober 2013** på Mette.Dissing.Odgaard@albertslund.dk og Frederikke.Beer@albertslund.dk.

Bemærk, at dato for første møde i arbejdsgruppen er **d. 31. oktober 15.00-17.00**. Mødet afholdes på rådhuset i Albertslund, Nordmarks Allé 1, 2620 Albertslund.

Procesplan

Oktober 2013	Møde i arbejdsgruppen d. 31. oktober 2013 kl. 15-17
November 2013	Møde i arbejdsgruppen d. 14. november kl. 9-11 Møde i arbejdsgruppen d. 27. november kl. 13-15 Orientering om arbejdsgruppens arbejde på møde i Embedsmandsudvalget for Sundhed d. 29. november 2013
December 2013	Embedsmandsudvalget drøfter "bruttoliste" over mail primo uge 49 FKS* tilpasser inden udsendelse til kommunerne
6. december 2013 – 9. januar 2014	Høringsfase i kommunerne (forventeligt på administrativt niveau)
10.-17. januar 2014	Behandling af høringsinput (FKS og arbejdsgruppen) Godkendelse pr. mail i Embedsmandsudvalget Høring/orientering af K29
20. januar 2014	Udsendelse til KKR
29. januar 2014	Behandling i KKR og udpegning til praksisplanudvalget

* FKS – Det fælleskommunale sundhedssekretariat - Hovedstaden

Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

Nord:

- Leder af Team Sygedagpengeindsats Karen Andersen, Hørsholm Kommune, and@horsholm.dk
- Områdeleder Forebyggelse og Visitation Anne Marie Folmann, Helsingør Kommune, amf46@helsingor.dk
- Sundheds- og Ældrechef Birte Sonneborg Grothe, bsonn@frederikssund.dk

Midt:

- Områdeleder Marianne Riisager Laursen (Socialområdet), Furesø kommune, mrii@furesoe.dk
- Afdelingschef Psykiatri- og handicap Benedikte Korsager, Rudersdal kommune, bko@rudersdal.dk

Syd:

- Sundhedschef Ulla Callesen, Høje Taastrup Kommune Ullaca@htk.dk
- Sundheds- og Ældrechef Per Tostenæs, Ishøj Kommune, pto@ishoj.dk

Byen:

- Sundhedschef Jens Egsgaard, Københavns Kommune, M743@suf.kk.dk
- Teamchef for Psykiatri Lena Kongsrud, Frederiksberg Kommune, leko01@frederiksberg.dk
- Ledende sundhedsplejerske Susanne Dahl, suda01@frederiksberg.dk

Bornholm:

- Områdechef social og sundhed Vibeke Juel Blem, Bornholms Regionskommune, Vibeke.Juel.Blem@brk.dk
- Lisbeth Nielsen, Bornholms Regionskommune, lisbeth_nielsen@brk.dk