

**Region Midtjylland  
Praksisplanudvalget**

Sendes til:  
[hoering.ppu@rm.dk](mailto:hoering.ppu@rm.dk)

**Regionsældrerådets høringsvar til  
Praksisplan for almen praksis**

**Generelt:**

Praksisplanen er et stort fremskridt og også en stor udfordring for de praktiserende læger. - Men det er en væsentlig plan for at få det nære sundhedsvæsen til at fungere tilfredsstillende for borgere/patienter, og der er rigtig gode intentioner i den.

Den stiller store krav til de praksisnære pligter og opgaver i forbindelse med samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og Region Midt.

Derfor er en klar aftale om delegation fra almen praksis til andre faggrupper nødvendig.

Fremtidens nære og sammenhængende sundhedsvæsen i balance skal blandt andet indeholde **4 fremadrettede visioner:**

- Mere lighed i sundhed
- På borgerens præmisser
- Sundhedsløsninger tæt på borgeren
- Mere sundhed for pengene

Disse visioner er også borgernes fremtidsønsker.

I praksisplanen omtales **tre temaer og indsatsområder:**

- Lighed i sundhed og forebyggelse ved både somatiske og psykiske lidelser.
- Tilgængelighed og digitalisering både fysisk, telefonisk og digitalt.
- Lægedækning og rekruttering.

Regionsældrerådet i Midtjylland er talerør for alle 60+ borgere i de 19 kommuner i Region Midtjylland  
Anker Andersen, Hedensted, telefon: 75 68 5061 eller 31 90 1246 og e-mail: [karenanker@jafnet.dk](mailto:karenanker@jafnet.dk)  
Carl Aksel Kragh Sørensen, Aarhus, telefon: 21 91 7688 og e-mail: [caks@petersminde.dk](mailto:caks@petersminde.dk)  
K. B. Nielsen, Ringkøbing-Skjern, telefon: 97 32 3587 eller 23 30 9587 og e-mail: [kbkblene@mail.dk](mailto:kbkblene@mail.dk)  
Per Mouritsen, Skive, telefon: 97 57 2144 eller 22 30 8637 og e-mail: [per.mouritsen@privat.dk](mailto:per.mouritsen@privat.dk)  
Rita Stokholm Vinding, telefon: 61 26 7352 eller 86 37 2272 og e-mail: [rita.vinding@gmail.com](mailto:rita.vinding@gmail.com)

Regionens kommuner er slet ikke sammenlignelige, og derfor vil disse temaer bero på forskellige lokale aftaler. Det kræver særlig opmærksomhed i praksis med mange ældre borgere. Vores lægepraksisser modtager i dag mange epikriser, som er lange og i nogle tilfælde svære at forstå. Derfor er det vigtigt, at epikriser udvikles i forbedrede former. Det er en god idé, at der arbejdes med farvekoder, så lægen hurtigt kan se, om der kræves handling her og nu.

Der er alt i alt lagt op til et forbedret kommunikationssystem mellem hospital og den praktiserende læge, men også et system der klart fortæller patienten og dennes pårørende, om det er hospitalet eller kommunen eller den praktiserende læge, der fortsat vil have ansvaret for patienten. Den praktiserende læge er den gennemgående nøgleperson. Det er vigtigt i denne sammenhæng, at alle parter kan se journalen digitalt også på tværs af kommuner og sektorer. Det vil ikke mindst gavne og være til stor hjælp i kommunerne i forbindelse med en styrkelse/udbygning af akutfunktionerne.

Det er også af stor betydning, at man har tilstrækkeligt behandlere i forhold til rehabilitering samt lettere adgang til speciallægebehandling. Her er der alt for lange ventetider.

## **Kommentarer**

### **Side 8 afsnit 3.pkt. 2: Bærende principper for samarbejdet**

Der skal også være gennemsigtighed for borgerne, og det skal være let forståeligt og klart på hvilket grundlag de flyttes fra en hospitalsseng til en kommunal seng (akutplads eller anden midlertidig plads) eller eget hjem og hvilken betydning det får for behandlingen af sygdommen, samt de økonomiske konsekvenser for borgerne.

### **Side 11 afsnit 4 pkt. 4.1: Forebyggelse**

Begrebet forebyggelse optræder mange steder i udkastet, men det er ikke præciseret, hvem blandt samarbejdspartnerne, der er ansvarlig for den patientrettede forebyggelse.

Den borgerrettede forebyggelse er kommunernes ansvar, men i tæt samarbejde med almen praksis.

Nogle borgere er ressourcestærke og kan også benytte sig af de tilbud om motion og socialt samvær, som foreninger og lignende tilbyder. De er også forebyggende. Det vil være en fordel, at man i almen praksis også kender til disse tilbud. Men for en del borgere, som ikke har ressourcer til at opsøge forebyggelsestilbud, er det vigtigt med en henvisning fra praktiserende læge, og det er vigtigt, at den kommunale visitation er fleksibel.



Borgere, som ikke er så ressourcestærke, har svært ved at fastholde træning og motion og andre forebyggende tiltag, når det kommunale tilbud ophører. De stærke skal nok klare sig.

#### **Side 11, afsnit 4 pkt. 4.1.1: Rygere**

Målet er omkring 750 rygere yderligere om året skal henvises i det forebyggende arbejde. Det er alt for lidt.

#### **Side 11, afsnit 4 pkt. 4.1.2: Multisyge**

Der er modstrid mellem de tre punkter nævnt i 4.1.2

De mange vejledninger, som almen praksis er underlagt, kan for kronikere og multisyge let medføre polyfarmaci og måske "defensiv medicin". I vejledninger ses på sygdommen/lidelsen, medens almen praksis har sit fokus på at se på patienten i sin helhed, det er derfor almen praksis, der skal være tovholder gennem hele behandlingen og have ansvaret for forløbs-planerne.

#### **Side 14, afsnit 4 pkt. 4.1.4: Medicinkort**

Man skal være opmærksom på, at det medicinkort, "selvhjulpne" patienter får med hjem efter udskrivelse, er skrevet korrekt med rette doser, og at det er gennemskueligt. Der bør gøres opmærksom på, at man kan få udleveret et andet præparat (kopi) end det, der præcist står på medicinkortet. Det kan formentlig mindske antallet af henvendelser til hospitalet og praktiserende læge efterfølgende.

#### **Side 14, afsnit 4 pkt. 4.1.5: Psykiatri**

En væsentlig del af behandlingen og opfølgningen af psykiatriske patienter, såvel voksne som unge og børn, overgår til den praktiserende læge. Betænkkeligheden går på, at de praktiserende læger, som situationen er nu, hverken har den nødvendige tid, kapacitet eller uddannelse til at varetage en så væsentlig og til tider tidskrævende og livsvigtig opgave. Der bør sættes mere fokus på første møde i et lægehus om psykisk sygdom. Der er også mangel på faglighed på dette område hos mange læger. Derfor bør der straks henvises til en, der har interesse/viden og uddannelse på dette område.

#### **Side 17, afsnit 4 pkt. 4.2.1: Digitalisering**

En del borgere er stadig ikke digitale. Der vil være flere rutinerede digitale borgere om nogle år. Ifølge Danmarks Statistik er 382.500 borgere fritaget for digital post. Det er jo også et åbent spørgsmål om video-konsultation vil medføre tidsbesparelser.

#### **Side 18, afsnit 4 pkt. 4.2.1: Øget tilgængelighed i almen praksis.**

Der er stadig forskel på praktiserende lægers digitaliseringsgrad og på de tekniske muligheder i e-konsultation. Det bør forbedres, så borgere, som er i stand til at benytte video- og e-konsultation får muligheden, hvor det er relevant.



Det bør ligeledes sikres, at der er mulighed for telefonisk kontakt i tidsrummet 8.00-16.00. Det står det ganske vist i praksisplanen, at det skal der være, men sådan er det ikke alle steder. Men med planen realiseres det forhåbentlig.

**Side 18 afsnit 4 pkt. 4.2.2: Epikriser og behandlingsplan.**

Der skal foreligge en epikrise (et udskrivningspapir) og en behandlingsplan, når patienten udskrives fra regionshospitalet. Der stiles efter en fremtidssikret samarbejdsaftale mellem region, kommune og praktiserende læge til gavn for borgeren. I første omgang som en forsøgsordning hvor hospitalet bevarer ansvaret for den nødvendige overlevering, og som er klar, når patienten udskrives.

Denne behandlingsplan skal være påbegyndt allerede ved indskrivning. Det er en del af samarbejdsaftalen om "Den gode indlæggelse og udskrivning".

**Side 20 afsnit 4 pkt. 4.3.3: Rekruttering, uddannelse og fastholdelse.**

Det er nødvendige indsatser for at sikre lægedækning.

Dog kan vi være betænkelige ved, om alle typer af praksis, nogle med kortvarige ansættelse af yngre læger, har kompetencerne til at indgå i uddannelsen til almen praksis.

Med venlig hilsen

Regionsældrerådet  
Anker Andersen  
Formand.  
[karenanker@jafnet.dk](mailto:karenanker@jafnet.dk)  
3190 1246

