



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Formandsberetning

Skriftlig

**PLO's repræsentantskabsmøde den 24. november
2018**

Indhold

Mange politiske udspil, men vi venter stadig på beslutningerne	3
Skal vi have "sundhedsfællesskaber"?	3
Akutbetjening og lægevagten	4
Praktiserende lægers samarbejde med kommunerne	5
It- og dataområdet	5
"Min læge"	6
EU's persondataforordning	6
Seneste vejledning fra Styrelsen for Patientsikkerhed – hvad er formålet?	7
Status på det fremtidige kvalitetsarbejde i klyngerne	7
Systematisk efteruddannelse og Lægedage	8
PLO's behov for faglighed	9

Mange politiske udspil, men vi venter stadig på beslutningerne

Siden vi sidst var samlet i april i Aarhus, er der som vanligt sket meget i PLO, og der er sket meget i den politiske diskussion om almen praksis. Hver måned har nærmest budt på et nyt udspil om almen praksis. De fleste udspil rummer heldigvis både en anerkendelse af den praktiserende læges rolle i sundhedsvæsenet og rummer også helt konkrete forslag til, hvordan den praktiserende læges rolle kan blive styrket i de kommende år.

PLO har rost store dele af regeringens udspil ”En læge tæt på dig” som indeholder en sjælden forståelse for værdien af almen praksis og den praktiserende læge. Vi har rost Dansk Folkepartis klare udmelding om, at der skal uddannes betydeligt flere almen medicinere, så der er praktiserende læger til alle danskere. Vi har også rost Socialdemokratiets plan for 100 ekstra uddannelsespladser, og vi har rost deres understregning af, at der også skal findes løsninger, der kan virke på kort sigt. Og så har vi naturligvis kritiseret de dele, vi mener er enten overflødige eller direkte forkerte løsninger, ikke mindst forslaget om at tvinge unge læger ud i almen praksis i et halvt år.

I PLO er vi oprigtig glade for både interessen og anerkendelsen. Vi må dog i al stilfærdighed have lov til at gøre opmærksom på, at bortset fra 2013 er antallet af praktiserende læger faldet i alle år siden 2007 – og tallet fortsætter med at falde.

Har PLO ikke også et ansvar her? Det har vi bestemt. Jeg synes dog ikke, at man ligefrem kan beskyldte PLO for at ligge på den lade side i den sammenhæng.

PLO har for det første indgået en OK18, der bør medvirke til at give ro om almen praksis og dermed virke rekrutterende. Og vi benytter enhver lejlighed til at skubbe på processen. Vi bringer emnet op i alle de møder og forhandlinger, vi deltager i. Vi producerer tal og diagrammer, der skærer situationen ud i pap. Vi medvirker i uanede mængder af pressehistorier om konsekvenserne af, at vi mangler praktiserende læger. Vi møder op på alle debatter og fortæller om virkeligheden, og heldigvis er der mange borgere, der gør det samme. Vi er sågar i gang med at forberede en rekrutteringskampagne med Danske Regioner, der støttes af Sundheds- og Ældreministeriet og skal vise mulighederne for fremtidens praktiserende læger.

Men PLO kan ikke træffe beslutningerne. Det er politikerne, der i sidste ende afgør, om vi skal uddanne betydeligt flere praktiserende læger. Det er politikerne, der afgør, om regler og rammer skal gøre det lettere at være praktiserende læge, og det er politikerne, der afgør, om vi skal vente 6-7 år på flere praktiserende læger, eller om vi skal lave nogle løsninger, der afhjælper borgernes problem i mellemtiden.

PLO spiller med, og vi presser vores egne medlemmer til det yderste, men vi kan ikke træffe de afgørende beslutninger. De skal træffes på Christiansborg og i de fem danske regioner.

Skal vi have ”sundhedsfællesskaber”?

I skrivende stund kender vi ikke regeringens udspil til en sundhedsreform. Men statsministeren har bebudet, at man vil etablere såkaldte ”sundhedsfællesskaber” omkring de 21 akutsygehuse i Danmark. Hvad skal PLO mene om den tanke?

Svaret er naturligvis, at det kommer an på, hvad disse fællesskaber indeholder. Hvordan de skal

ledes? Hvilke incitament? Hvilke beføjelser? Og hvilket demokratisk ophæng?

Vi kan ikke komme uden om, at trekanten mellem sygehus, kommune og almen praksis efterlader nogle patienter, nogle pårørende og i øvrigt også nogle sundhedsprofessionelle med ret store frustrationer. Det har stået på i mange år, og i de sidste 5-7 år er problemerne tiltaget kraftigt.

Vi må vel også konkludere, at regionerne, kommunerne og for den sags skyld vi praktiserende læger ikke har formået at løse problemerne, selv om de har været åbenlyse og lige foran os.

Jeg ved, at der er steder i landet, hvor man har arbejdet meget med denne ”trekant” og med ret gode resultater – ofte som resultatet af nogle meget ihærdige enkeltpersoner, der har brændt for det. Men jeg ved også, at der er store dele af landet, hvor man ikke er i nærheden af et godt og tæt samarbejde om disse patienter.

Det, der interesserer PLO, er ikke, hvad disse fællesskaber hedder, eller hvem der har fundet på dem. Det, der interesserer PLO, er, hvordan vi kan få skabt et bedre samarbejde mellem de tre parter om disse patientgrupper og ikke mindst, hvordan det bliver udbredt til hele landet. Det er de mål, som PLO vil forfølge i denne debat om, hvordan sundhedsvæsenet skal indrette sig.

Akutbetjening og lægevagten

Siden sidste repræsentantskabsmøde har der været meget opmærksomhed om lægevagten. Vi venter fortsat på Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

I mellemtiden foregår der dog et parallelt arbejde med at forbedre forholdene for lægevagten i de fire regioner med en PLO-drevet lægevagt. Det er også bydende nødvendigt, hvis lægevagten skal kunne hænge sammen - med det antal læger, der er til rådighed.

Vi ved, at forhandlingerne er særdeles vanskelige. Vi ved også hvorfor. Der går lokalpolitik i den. Uanset hvor fagligt og økonomisk indlysende god en beslutning er, så kan det få enhver folkevalgt politiker til at ryste på hånden, hvis det går ud over et lokalområde. Vi må appellere til, at politikerne ser på helheden. Det plejer at give de bedste resultater og den største anerkendelse i sidste ende.

I september kom analysecentret VIVE med sin sammenligning af 1813 og lægevagterne, som Sundhedsstyrelsen har bestilt. Trods mange sider med detaljerede opgørelser bidrog rapporten ikke med de store svar på, om den ene ordning er bedre eller billigere end den anden.

Hvordan man kan beskrive og endda sammenligne de to vidt forskellige vagtsystemer uden at berøre den sundhedsfaglige kvalitet og uden at berøre de økonomiske konsekvenser, er for mig nærmest ubegribeligt. I mine øjne kan det kun forklares af det, jeg vil kalde ”politiske hensyn”. Altså at VIVE vil undgå at træde nogen over tærne. Spørgsmålet er så, om man i virkeligheden laver en rapport med en ret begrænset værdi for opdragsgiveren?

Jeg håber sandelig, at Sundhedsstyrelsen vil indtage en reel sundhedsfaglig tilgang til den almen-medicinske visitation uden for de praktiserende lægers åbningstid og forholde sig til de uensartede tilbud, der i dag er til borgerne. Det bør ikke kun overlades til aktuelle politiske vinde på Christiansborg eller i de fem regioner.

Det er dog ikke det samme, som at rapporten ikke har nogen værdi. Rapporten kan være en fin del af et grundlag for at se på den fremtidige planlægning i lægevagten. Hvordan kan vi bedre bruge personale og dermed spare lægetimer i vagttiden? Hvordan kan vi placere de fysiske konsultationssteder, så de er baseret på en afvejning mellem kvalitet for borgeren og forbruget af ressourcer? Hvordan kan vi evt. bruge teknologi og borgeroplysning, så vi i højere grad bruger lægetiden på de borgere, der har det største behov?

Praktiserende lægers samarbejde med kommunerne

De kommunale akutfunktioner er under fortsat udvikling, og med dem følger en fortsat stigende efterspørgsel på lægefaglig indsats og rådgivning. En efterspørgsel, som kun vil stige i de kommende år. Vi taler lige præcis om de borgere, der ofte kommer i klemme i den omtalte ”trekant” mellem sygehus, kommune og almen praksis. Vi har ikke nogen aftale for disse borgere, som lever op til de behov, de har.

Derfor har PLO’s kommuneudvalg, bestyrelsen og FUR arbejdet med et udkast til en aftale for en bedre lægedækning af kommunale akutfunktioner. Målet er en rammeaftale, som kan tiltrædes lokalt, så vi kan give både patienterne, kommunens ansatte og de praktiserende læger nogle bedre forhold på disse akutfunktioner. Det har ikke været nogen nem opgave, bl.a. fordi vi jo ikke har det antal læger, der skal til for at løse opgaven ordentligt, men PLO vil nu indlede drøftelser med RLTN om en aftale for arbejdet.

Et andet område, som er blevet fulgt i det forgangne år, er praktiserende lægers henvisning til kommunale forebyggelsestilbud. I stedet for henvisning til konkrete tilbud bliver teknikken bygget op om en henvisning til en indledende samtale i kommunen. MEDCOM-standarden er nu på plads i alle lægepraksissystemer. Det skulle gerne ende med en mere enkelt henvisningsprocedure, så flere borgere kan få gavn af tilbuddene.

Der er dog (stadig) stor forskel på kommunernes tilbud og praktiske håndtering af henvisninger, og derfor vil PLO i den kommende tid også gå i dialog med KL om at gøre samarbejdet bedre, til gavn for alle parter.

It- og dataområdet

På it- og dataområdet er der, som bekendt, også stor aktivitet, og PLO og Danske Regioner arbejder fortsat med at implementere de tekniske løsninger, som skal være med til at efterkomme aftalerne i OK18.

De lovpligtige indberetninger til RKKP er nu i gang for diabetes, hvor vi har rundet 40.000 indberetninger til Dansk Voksen Diabetes Databasen. Næste skridt bliver, at vi får datarapporter retur, så vi får et bedre overblik over, hvordan det ser ud i vores egen klinik.

KOL-indberetningen er også på vej, dog en smule forsinket, fordi PLO og systemhusene arbejder på en ny indberetningsløsning, der giver så lidt arbejde for klinikkerne som muligt.

Vi har også i OK18 aftalt, at vores patienter med KOL og diabetes skal tilbydes en digital

forløbsplan i forbindelse med en årskontrol. Vi har nu forløbsplanen for KOL i gang, og forløbsplanen for diabetes implementeres i november og december i alle lægesystemerne.

Alle ved, hvor vanskeligt det er med nye rutiner i klinikken, men jeg håber, at vi alle kan hjælpe med til, at klinikkernes personale kommer i gang med at tilbyde patienterne disse planer. I sidste ende er formålet jo, at patienterne bliver bedre behandlet ved at blive mere inddraget i deres eget forløb.

I første omgang er målet, at vi skal levere 40.000 planer i 2018 svarende til 22 planer pr. kapacitet, og i 2019 skal vi levere 75.000 planer svarende til 42 pr. kapacitet. På PLO's hjemmeside kan alle læger og personalet finde hjælp til, hvordan klinikkerne kommer i gang med de digitale forløbsplaner. Der er lavet undervisningsvideo, guides tilpasset lægernes journalsystemer og generel information om baggrunden for forløbsplanerne.

”Min læge”

På it- og dataområdet bliver den helt store nyhed i 2018 vores app ”Min Læge”, der er en mobil adgang for alle patienter i landet til egen praktiserende læge. App'en lanceres den 20. december og giver vores patienter mulighed for at se oplysninger om egen læge, se sine aftaler, foretage e-konsultation, se henvisninger samt modtage påmindelser om vaccinationer og aftaler hos lægen.

PLO udvikler ”Min Læge” sammen med Sundheds- og Ældreministeriet, og i 2019 lanceres en version 2, som kommer til at indeholde endnu flere funktioner, fx tidsbestilling.

PLO vil frem mod lanceringen den 20. december udarbejde kommunikationsmateriale til klinikkerne, så alle bliver klar over, hvad app'en indeholder af funktioner, og hvordan dette vil påvirke dagligdagen i klinikken. Alle medlemmer vil også blive orienteret om nye funktioner, der kommer med i app'en i 2019.

EU's persondataforordning

PLO har i perioden marts 2017 til juni 2018 gennemført et stort arbejde med at styrke it- og informationssikkerheden i almen praksis. Indsatsen har været forankret i PLO's It- og Dataudvalg og har haft til formål at hjælpe lægerne med at overholde formelle krav i EU's persondataforordning som selvstændige erhvervsdrivende virksomheder, der behandler patientdata på en sådan måde, at patienternes data er i sikre hænder, og lægerne undgår bøder.

PLO har i perioden især fokuseret på den juridiske del af persondataforordningen, der er endt med en samlet kampagneside om persondata og it-sikkerhed. En stor del af arbejdet er desuden gået med at:

- Forhandle ensartede databehandleraftaler med de otte systemhuse for alle klinikker
- Udarbejde standard-privatlivspolitik for alle klinikker
- Udarbejde GDPR artikel 30-fortegnelse for alle klinikker

Det har været bestyrelsens holdning, at et fælles arbejde med databehandleraftaler stiller medlemmer stærkest og i øvrigt sparer medlemmerne for en masse penge, da man alternativt selv

skulle hyre advokatbistand med særlig kompetence inden for det persondataretlige område. Det er også vores oplevelse, at klinikerne har taget godt imod denne bistand. Fremmødet på medlemsmøderne om emnet har været nærmest overvældende.

Bestyrelsen finder det vigtigt, at indsatsen for at styrke it-sikkerheden fortsat prioriteres de kommende år, og at udviklingen på området følges tæt. It-sikkerhed og persondata er emner, som er kommet for at blive, og PLO arbejder videre i 2019 i samarbejde med alle systemhusene om nye funktioner til at fremsøge og slette gamle journaler, som lægerne ikke må have liggende, og implementere løsninger til sikker mail, så de nye regler kan overholdes.

Seneste vejledning fra Styrelsen for Patientsikkerhed – hvad er formålet?

Det er en generel politik for PLO's bestyrelse, at vi arbejder på at reducere de administrative byrder, vores medlemmer udsættes for. Et godt eksempel er, at PLO sammen med den øvrige Lægeforening fortsat bruger meget tid på at forsøge at gøre vejledninger og bekendtgørelser fra Styrelsen for Patientsikkerhed mere realistiske og anvendelige i dagligdagen. Enkelte gange er vi nået et stykke vej, men en del gange er der desværre tale om "et skridt frem og to tilbage".

Vi må efterhånden konstatere, at der nærmest er tale om et kultursammenstød. På den ene side står styrelsen med et næsten umætteligt behov for at beskrive og regulere selv de mindste detaljer i vores dagligdag – intet bliver overladt til den sunde fornuft. På den anden side står ti-tusindevis af sundhedsprofessionelle, som hver dag skal træffe hundredevis af faglige beslutninger i et spændingsfelt mellem patientens tarv, ledelsens rammer og hensynet til pårørende.

Seneste skud på stammen er "*Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling – uden for sygehuse*". Man tror næsten ikke sine egne øjne: 17 (!) sider, der nøje beskriver, hvordan vi skal handle i forskellige situationer inden for dette meget lille emneområde. Hvad forestiller styrelsen sig? Skal vi lære det udenad? Skal vi have det med i baglommen til enhver konsultation? Skal vi sidde og slå op i dette værk, hver gang vi nærmer os dette emne?

Jeg spørger bare: Hvad forestiller Styrelsen for Patientsikkerhed sig?

Det er nærmest umuligt for PLO at give et fornuftigt høringssvar på sådan et dokument. Det ligger så lang fra noget brugbart, at det ikke kan "rettes til". Den eneste løsning er at starte helt forfra.

Det er sjældent, at PLO giver op, men her må vi overveje, om alle de timer, vi har brugt på at lære Styrelsen for Patientsikkerhed lidt om den virkelighed, som deres dokumenter skal eksistere i – om de timer er bedre brugt et andet sted? I så fald må meldingen til medlemmerne være: Forsøg at bruge jeres sunde fornuft - på trods af disse vejledninger, men det er jo ikke nogen optimal udmelding.

Status på det fremtidige kvalitetsarbejde i klyngerne

Vi er i skrivende stund nået op på, at der er etableret 52 klynger omfattende 1412 læger og ca. 2,3 mio. patienter.

Sekretariatet og de fem spor i Kvalitetsprogrammet er generelt ved at være på plads. KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) har fået bemandet sekretariatet med en programleder og medarbejdere, som har lokaler dels på det gamle kommunehospital i København, dels i de tidligere DAK-E-lokaler i Odense.

Der er oprettet en hjemmeside, som med en række konkrete råd og vejledninger til opstarten af klyngearbejdet guider både klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer i gang med det nye databaserede kvalitetsarbejde.

Helt afgørende for programmet er jo, at KiAP kan tilbyde klyngerne deres ”datapakker”, altså en række tilbud, som klyngerne kan trække på, så de kan få et let og relevant overblik over data, som relaterer sig til dele af klinikkernes kvalitet. Det drejer sig i første omgang om en ny, klyngetilpasset version af Ordiprax kaldet Ordiprax+, der ventes klar i begyndelsen af 2019, og som giver mulighed for at trække og præsentere medicindata på klyngeniveau til møder i klyngen. Der testes versioner i øjeblikket med deltagelse af repræsentanter for klyngekoordinatorerne.

De næste skridt ligger nok også inden for velkendte sygdomsindikatorer (KOL- og diabetesdata fra den lovpligtige indberetning), men ambitionen er, at KiAP også skal tilbyde datapakker, der går udover de data, vi husker fra de gamle ”kvalitetsrapporter”. Vi skal arbejde med et noget bredere perspektiv på den almen medicinske kvalitet. Det var en del af årsagen til at etablere programmet.

Vi er i PLO også meget optaget af at fastholde det frirum til kvalitetsarbejdet, som var tanken med klyngerne. Vi er klar over, at mange andre end klinikkerne ser store muligheder for arbejdet i disse klynger. Men det er helt afgørende for arbejdet og for motivationen, at det er de lokale forhold og lægerne i klyngen, der afgør prioriteringen, ellers giver det slet ikke mening med denne klyngestruktur.

Vi har også erfaret, at klyngerne er blevet interessante for regions- og udbudsklinikkerne. Det er PLO’s klare opfattelse, at klyngerne er beregnet for de klinikker, der praktiserer under PLO’s overenskomst. Hvem man lokalt vil invitere på besøg i klyngen er klyngens beslutning, men klyngerne tegnes af de klinikker, der praktiserer under OK18, som det også er beskrevet i aftalen.

Systematisk efteruddannelse og Lægedage

De seneste år har vi haft udfordringer med at få et tilstrækkeligt stort udbud af systematisk efteruddannelse. Mange har desværre oplevet ventelister på disse kurser. Det ser heldigvis ud til, at vi har fået løst det problem nu.

Udover at der nu er få kurser med ventelister, er det også blevet muligt at gennemføre den systematiske efteruddannelse som gruppebaseret efteruddannelse inden for flere af temaerne. I foråret forsøgte vi os med to såkaldte SE-dage, hvor vi arrangerede fælles kursusdage inden for alle temaerne i den systematiske efteruddannelse. Det blev evalueret så godt, at vi fortsætter med det i 2019.

Som anført i OK18 er PLO-E begyndt at tilbyde tilskudsberettiget efteruddannelse til personalet inden for KOL og type 2-diabetes. I 2019 er antallet af kursuspladser til personalet udvidet med knap 2000 pladser. Samtidig tilbyder PLO-E et bredt kompetenceløft i forhold til at udføre og tolke lungefunktionsundersøgelser. Et tiltag, som der i OK18 er afsat 10 mio. kroner til.

Efteruddannelsen af klinikpersonalet fylder stadig mere, og vi kan se, at flere søger de kurser, PLO-E udbyder. En række professionshøjskoler udbyder nu også en specialuddannelse i borgernær sygepleje i tæt samarbejde med KL. Uddannelsen er også tiltænkt almen praksis, men den er, efter vores mening, for omfattende og for teoretisk. I stedet for denne uddannelse arbejder vi på at udvikle vores egen uddannelse til praksispersonalet. Særligt til de mange, som vi forventer vil søge til os de kommende år fra sygehusene.

I skrivende stund er Lægedage endnu ikke afholdt, men igen i år ser det ud til at blive et stort tilløbsstykke, hvor vi på godt og ondt fortsat bliver udfordret i forhold til pladsen, hvilket jo må betegnes som et positivt problem. I år bliver der sat fokus på vores faglighed og trivsel, både på vores åbnings-session og i fællessessionen.

PLO's behov for faglighed

I takt med, at vi har fået opbygget et større sekretariat, og vi oplever en betydelig positiv interesse for vores del af sundhedsvæsenet, har vi en stadig stigende og tæt kontakt med vores omgivelser. Det gælder både de relevante myndigheder, sundhedsinteresserede politikere, andre interesseorganisationer, eksperter og pressen.

Vi har dog et særligt behov for at pleje fællesskabet med vores kolleger i Lægeforeningen og ikke mindst i DSAM.

Den lægefaglige disciplin er under voldsomt pres og har været det tiltagende i mange år. Presset af politikeres behov for at beslutte enkeltindsatser og presset af myndighedernes behov for at stimulere sundhedsvæsenet til "merproduktion" for hver en krone.

Lige nu er der et lille vindue: Kvalitetsarbejdet får et nyt og mere fagligt indhold, både på sygehuse og i almen praksis, 2%-kravet er opgivet, og når vi i PLO i dag møder myndighederne, er deres første tanke - ikke altid - "økonomiløftet".

Det lille vindue skal vi udnytte som lægestand, og det bør Lægeforeningen være en velegnet platform for.

Som nævnt i tidligere beretninger tog Lægeforeningens bestyrelse forrige år, sammen med PLO, YL og FAS, hul på et fælles strategiprojekt, hvor vi i fællesskab har set på, hvordan vi kan få mere ud af at være i en fælles forening. Den 31. oktober holdt vi en fælles bestyrelsesdag for PLO, FAS, YL og LFB. Her var et meget stort ønske om at udvikle på samarbejdet med det formål at sikre, at vi som lægestand står stærkest muligt over for de fælles udfordringer, vi har. Hvordan vi så gør det, vil blive diskuteret videre og vil fx omfatte kommunikationsarbejdet.

Vores nærmeste samarbejdspartner er og skal være DSAM. Vi har brug for, at DSAM ind imellem banker nogle hegnspele i jorden og råber vagt i gevær, når myndighederne, eller for den sags skyld PLO, bevæger sig ud på tynd faglig is.

Men vi har også brug for, at DSAM møder op og hjælper myndighederne med at finde gode løsninger i faglige spørgsmål – den hjælp har myndighederne helt naturligt et behov for.

Jeg gentager gerne: De opgaver kræver et stærkt, selvstændigt og bredt funderet DSAM. I behøver ikke blive lige så store som PLO ☺ - men I må gerne blive lidt større.

Og I må gerne tage de almen-medicinske forskningsenheder med jer. Udviklingen i det fremtidige nære sundhedsvæsen skriger efter viden om, hvad der virker, og hvad der er spild af ressourcer.

Idéerne står jo i kø: ”Mere brug af personale, men måske ikke til alt?”, ”større enheder – eller måske alligevel ikke?”, ”billeddiagnostik i almen praksis – hvad giver mening?”, ”videokonsultationer – vi får en tredjedel mindre at lave – eller gør vi?”. Og endnu større spørgsmål: ”Hvordan dæmper vi op for det nærmest uendelige pres på almen praksis?”, og ”hvad gør vi med alle de raske, der i stigende grad søger læge?”

2018 har været et begivenhedsrigt år for PLO. Der er ikke noget, der tyder på, at 2019 bliver mindre begivenhedsrigt.

