



**PRAKTISERE  
NDE LÆGERS  
ORGANISATI  
ON**

# **Formandsberetning**

## **Skriftlig**

**PLO's repræsentantskabsmøde den 7. april 2018**

Kristianiagade 12  
2100 København Ø

Tlf 3544 8477  
Tlf (direkte)

E-post [plo@dadl.dk](mailto:plo@dadl.dk)  
E-post (direkte)

Fax 3544 8599  
[www.laeger.dk](http://www.laeger.dk)

## Indhold

PLO's dialog med andre sundhedsaktører om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen .....	3
Status på OK 18-implementering.....	4
Kampagne for bedre it-sikkerhed.....	7
Ny app: "Min Læge".....	7
Praktiserende lægers samarbejde med kommunerne .....	8
Rekruttering, lægedækning og dimensionering .....	9
Risikobaseret tilsyn og Styrelsen for Patientsikkerhed.....	9
Akutbetjening og lægevagten.....	10
Status på efteruddannelse.....	11
Samarbejdet i Lægeforeningen .....	12
Skriftlig beretning fra PLO-Hovedstaden, ved formand Karin Zimmer.....	13
Skriftlig beretning fra PLO-Midtjylland, ved formand Lise Høyer.....	18
Skriftlig beretning fra PLO-Syddanmark, ved formand Jørgen Skadborg .....	20
Skriftlig beretning fra PLO-Sjælland, ved formand Ulrik Hesislev .....	22
Skriftlig beretning fra PLO-Nordjylland, ved formand Annemette Alstrup.....	25
Skriftlig beretning fra PLO-Færøerne, ved formand Marjus Dam .....	28
Skriftlig beretning fra PLO-Færøerne, ved formand Marjus Dam.....	27

## **Indledning**

Hvis man troede, at efterårets aftale om en 3-årig overenskomst mellem PLO og RLTN endelig ville bringe ro på PLO's kontorer og give overskydende tid til os tillidsfolk, så tog man fejl.

Tempoet er fortsat højt, og i og med at **hele** PLO nu i højere grad er inddraget i arbejdet, både centralt og regionalt, så er tempoet vel nærmest øget i hele organisationen.

Det vil denne beretning også bære præg af. Meget handler om opstarten af OK18, men endnu mere handler om alle de andre og mindst lige så vigtige problemstillinger, som vi arbejder med sideløbende.

Landets politikere og myndigheder har fortsat blikket rettet skarpt mod almen praksis som indgangen til hele det danske sundhedsvæsen.

Det er som udgangspunkt positivt, og vi står gerne ved den rolle. Men når vores klinikker er under et så stort pres, som vi oplever i disse år, så er vi nødt til løbende at vurdere, hvordan deres dagligdag kan hænge sammen.

I det lys ser bestyrelsen frem til, at repræsentantskabet her på forårets møde bl.a. drøfter PLO's akutpolitik og PLO's politik i forhold til de kommunale akutfunktioner.

Velkommen til.

## **PLO's dialog med andre sundhedsaktører om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen**

I de forgangne seks måneder har vi fortsat lagt mange arbejdstimer i at forberede og mødes med vores interessenter om løsninger på de åbenlyse udfordringer, som vi står med i vores del af sundhedsvæsenet.

Naturligvis har aftalen om OK18 bragt noget ro ind i samarbejdet - både i forholdet til kommunerne, regionerne og staten. Det har I fortalt om regionalt, og det har vi oplevet nationalt.

Sundhedsministeren vil formentlig inden længe fremlægge et nyt politisk udspil for hele sundhedsvæsenet, med fokus på den nære del og på sammenhænge for patienterne. Vi håber, at man i dette arbejde inddrager både ressourcer, opgaver, samarbejdsflader og udviklingsaftaler.

PLO har en løbende dialog med Sundheds- og Ældreministeriet, og ad den vej forsøger vi naturligvis at bidrage med idéer og forslag. Vi ser selvfølgelig frem til regeringens udspil med en vis spænding.

Selv om vi lige nu måske mest ser frem mod regeringens udspil, så skal det ikke svække vores

samarbejde med Danske Regioner og KL. Ud over alle de formelle samarbejdsflader, så har vi bl.a. nogle tanker sammen med Danske Regioner, der handler om rekruttering til almen praksis. Vi har en oplagt fælles dagsorden og desværre et fælles problem på det område. Vi håber at kunne informere jer noget mere om dette, når vi nærmer os noget konkret.

Og så står vi igen foran et Folkemøde på Bornholm. Som nævnt i den seneste skriftlige beretning vil PLO i år ikke have vores eget telt med egne debatarrangementer. I stedet lejer vi os ind to steder – bl.a. for at få en lidt bredere kontaktflade til vores interessenter.

Derudover er vi i dialog med andre aktører på sundhedsområdet om fælles debatarrangementer i deres telte – dette gælder både Danske Regioner, KL, Danmarks Apotekerforening, MedCom og sågar Styrelsen for Patientsikkerhed.

Det skulle gerne trække lidt opmærksomhed – det plejer PLO godt at kunne...

## **Status på OK 18-implemtering**

OK18 er nu lige så langsomt ved at blive implementeret i almen praksis. Nogle områder er gået hurtigt, andre har haft behov for et større forarbejde, især på grund af de it-løsninger der har skullet findes.

### ***Sygebesøg og stedlige læger***

OK18's nye regler om sygebesøg har fyldt en del. Vi har som udgangspunkt forpligtet os til at håndtere et sådant besøg, hvis vi finder indikation for et sygebesøg til en patient med bopæl eller ophold på en kommunal akutfunktion også længere væk end 5/15 km fra praksis. Denne forpligtelse er på ingen måde ensbetydende med, at vi generelt har accepteret at lægedække de kommunale akutfunktioner. Her udestår fortsat en hel del udfordringer i forhold til, at der skal indgås aftaler med kommunerne. En af de vigtigste udfordringer er her, at vi får beskrevet et entydigt lægeligt ansvar.

Til gengæld kan vi konstatere, at vi er kommet fornuftigt fra start med hensyn til at etablere et netværk af stedlige læger, som jo kan bringes i anvendelse ved sygebesøg udover 5/15 km fra egen læges praksis. Indtil videre har i alt 663 læger meldt sig som stedlige læger (Hovedstaden: 160, Midtjylland: 136, Nordjylland: 70, Sjælland: 89, Syddanmark: 208).

Jo mere finmasket, vi kan lykkes med at lave dette netværk af stedlige læger, jo mere hensigtsmæssigt kan vi løfte vores overenskomstsmæssige forpligtelse til at køre sygebesøg også på længere distancer.

### ***Program for diabetes type-2 og KOL***

OK18 indebærer også en del ændringer i regionerne, bl.a. i forhold til det nye program for patienter med diabetes type-2 og KOL. Ændringerne vedrører alt fra afregning, etablering af specialistunderstøttelse for almen praksis, justering af forløbsprogrammer og eventuelt tilrettelæggelse af monitorering og opfølgning, idet der er tale om væsentligt nye vilkår for opgavevaretagelse og honorering. Tilsvarende oplever vi i almen praksis en ændret honoreringsform og opgavevaretagelse.

PLO-R har nu foretaget klarmelding (PLO-Nordjylland dog først fra 1. april), og heldigvis har kun få læger meddelt, at de endnu ikke er klar. Patienterne er således allerede nu under overførelse til programmet, og den nye honoreringsform med 1/12 automatisk udbetaling til egen læge hver

måned, så længe patienten er tilmeldt praksis, og så længe behandlingsansvaret ligger i almen praksis, er nu igangsat.

I forhold til programmet og vores dagligdag valgte vi som bekendt i 11. time at diktere en udsættelse af klarmelding til efter 1. marts med henblik på, at vi fik indbygget ændringer i lægesystemerne, således at lægerne kunne fortsætte vanlig ydelsesafregning, også for patienter omfattet af programmet. Det viste sig nemlig, at regionernes nuværende afregningssystemer ikke alle kunne håndtere kronikerhonorarer og en uændret afregningsform fra almen praksis.

Danske Regioner tilkendegav, at de ikke havde behov for specifikt at kunne følge aktiviteten for omfattede patienter, hvorfor de ikke fandt tilretning af lægesystemerne nødvendig. Vi fandt derimod, at systemtilretningerne var essentielle, da de gælder vores mulighed for at kunne følge aktiviteten på disse patienter. En viden, som er yderst vigtig for at kunne vurdere konsekvenserne af den nye honoreringsform.

Herudover fandt vi det meget vigtigt, at lægernes afregningsrutiner kunne fortsætte uændret. Betalingen for disse ændringer i vores systemhuse endte vi derfor med at tage på egen kappe. Rimeligheden i det kan absolut diskuteres.

### ***Dataindberetning og forløbsplaner***

Vores anvendelse af programmet indebærer som bekendt også dataindberetning og udarbejdelse af forløbsplaner. I forhold til diabetes er indberetningen i drift i alle systemer, og RKKP har til dato modtaget mere end 4000 indberetninger.

I forhold til KOL-data er indberetningen desværre forsinket. Pt. testes der i systemhusene, og indberetningen skulle være implementeret i alle systemer pr. 1. oktober 2018. Det er senere end planlagt, og forsinkelsen skyldes dels blokeringsløsningen, dels arbejdet med forløbsplaner. Som et supplement til OK18 arbejder PLO's sekretariat aktuelt på, at RKKP får bygget en god afrapporteringskanal til almen praksis, hvor fx klyngerne kan se de diabetesdata, som er indberettet.

I forhold til forløbsplaner er status fortsat, at modulet i lægesystemerne ifølge aftale med leverandørerne teknisk er klar med udgangen af juni, for så vidt angår KOL. For diabetes vil forløbsplanmodulet ifølge planerne været fuldt implementeret i løbet af tredje kvartal.

### ***Vejledning om rød og gul markering af epikriser***

I regionerne barsles nu med en vejledning til de sygehusansatte læger om anvendelse af rød og gul markering af epikriser i forbindelse med sektorovergangen fra sygehus til almen praksis.

PLO har været involveret i arbejdet med udarbejdelse af vejledningen, og senest har vi haft et endeligt udkast til kommentering. Heldigvis har vi kunnet konstatere, at vejledningsudkastet i det store og hele nu ser rimelig fornuftigt ud. Vi har dog en udfordring med de psykiatriske patienter og gul markering, hvilket vi har meddelt vores modpart og opfordret til ændring af.

Vi afventer nu en endelig behandling i regionerne, og viser det sig, at det endelige resultat ikke er i overensstemmelse med, hvad vi omkring forhandlingsbordet forudsatte og aftalte, så tager vi naturligvis en drøftelse med regionerne, så vi får en vejledning, der giver mening for både afsender og modtager af disse epikriser.

Samtidig arbejder Styrelsen for Patientsikkerhed med at forbedre kvaliteten og ikke mindst

læsevenligheden af de tusindvis af epikriser, som vi modtager hver dag. Arbejdet skal meget gerne føre til både bedre patientsikkerhed OG bedre lægetilfredshed.

### ***Differentieret basishonorar***

Det differentierede basishonorar skal udbetales første gang den 1. juli 2018, og de læger, som får andel i midler fra ordningen, beregnes inden den 1. maj. Regionerne har meddelt os, at de har besluttet at udarbejde et forslag til en fælles, regional model for fastlæggelse af lægedækningstruede områder. Modellen vil afgøre, hvilke praksis der får andel i det differentierede basishonorar.

Regionerne har ikke i skrivende stund truffet beslutning om den endelige model, men aktuelt overvejer de, at følgende kriterier skal indgå:

- Socio-økonomi (andel borgere på overførselsindkomst i et givent område)
- Lægens alder (lægers gennemsnitlige alder i et givent område)
- Alternative tilbud (andel sikrede dækket af regions-/udbudsklinikker i et givent område)
- Handler (antal handler pr. kapacitet de seneste tre år i et givent område)

PLO vil naturligvis se opmærksomt på den endelige model, men dels går vi ud fra, at regionerne gør, hvad de kan for at få modellen til at ramme ”rigtigt”, og dels er det vigtigste for PLO, at midlerne går til PLO-klinikker ud over de midler, der er beskrevet for alle i OK18

### ***Klynger og kvalitetsarbejde***

Siden november har der helt naturligt været en stor efterspørgsel på information om etablering af klynger. Vi har måttet erkende, at vi ikke har kunnet vente på, at program- og sekretariatschefen skulle starte 1. april. I denne tid har Danske Regioners sekretariat og PLO's sekretariat i fællesskab arbejdet med at skabe et fundament, som vi kunne kommunikere til PLO-R og ikke mindst medlemmerne.

Indledningsvis er der produceret et ”fakta-ark” og efterfølgende har formanden for styregruppen, regionsdirektør Christian Boel, og jeg været på rundtur i de fem regioner og talt med en lang række interessenter. Først og fremmest læger fra landets kommuner, men også regionspolitikere, PLO-R-politikere, embedsmænd fra regionerne, kvalitetsenhederne, og visse steder deltog der også kolleger fra forskningsenhederne og DSAM.

Vi blev mødt af stor interesse, spørgelyst og heldigvis også mod på at komme i gang. Det var meget få af landets 98 kommuner, der ikke var repræsenteret.

Tilbage meldingerne er nu ved at blive indarbejdet, både i ”fakta-arket”, et ”FAQ” og en folder om ”Hvordan kommer du godt i gang med at danne en klynge?”. Indtil programmet får sit eget navn og hjemmeside, vil informationerne ligge på DAK-E's hjemmeside.

Tilbage meldingerne og ønskerne fra de fem regioner var mange og forskellige. Vi skal nu finde den evigt vanskelige balance mellem at give vejledning nok til, at ingen føler sig efterladt, men samtidig give plads nok til de mange, der gerne vil give deres klynger et lokalt præg.

Så længe vi alle ender med at dedikere os til kvalitetsarbejdet i klyngerne, så skulle vi nok kunne imødekomme behov med tiden.

Lige nu går vi efter, at den 10. april bliver det officielle startskud til etableringen af klyngerne, selv

om vi godt ved, at der er nogle, der er tyvstartet lidt.

## **Kampagne for bedre it-sikkerhed**

Arbejdet med at passe på patienternes data og sikre, at de ikke deles med hvem som helst, har fyldt en del i PLO i de seneste år. Vigtigheden af dette fokus bliver ikke mindre, når EU's nye persondataforordning træder i kraft den 25. maj i år. Forordningen stiller en række nye krav til it-sikkerheden – ikke blot i almen praksis, men alle de steder i samfundet, hvor der behandles personfølsomme oplysninger.

PLO har, med vores dataprincipper, udvist rettidig omhu i forhold til intentionerne bag dataforordningen. Vi har før mange andre haft fokus på sikkerhed, samtykke og patienternes ret til privatlivsbeskyttelse, når vi taler datadeling.

Men vi skal stadig tage den nye forordning meget alvorligt, for med forordningen følger risikoen for store bøder fra Datatilsynet – helt op til 4 pct. af årsomsætningen for klinikken, hvis ikke vi har styr på en række basale ting vedrørende it-sikkerheden. Vi skal desuden også kunne dokumentere vores indsats tilstrækkeligt, hvis Datatilsynet kommer på besøg.

For mange praktiserende læger er it-sikkerhed langt væk fra det daglige arbejde i klinikken. Derfor har vi gennemført et stort arbejde i PLO for at hjælpe medlemmerne med at få styr på it-sikkerheden.

Fra anden halvdel af marts løber en informationskampagne til alle praktiserende læger af stablen. Kampagnen har til formål at øge opmærksomheden på, hvordan man får bedre styr på it-sikkerheden. I kampagnen indgår bl.a., at man kan tage en test på vores hjemmeside og derved få en god introduktion til, hvad it-sikkerhed handler om, og hjælp til at pin-pointe de områder, hvor man har en opgave med at styrke it-sikkerheden.

En helt afgørende milepæl i PLO's arbejde med styrket it-sikkerhed har været den fælles databehandleraftale, som vi håber på fremover skal dække alle vores medlemmer, uanset hvilket systemhus de benytter. Databehandleraftalen lægger et højt bundniveau i forhold til at passe på patienternes data og giver os mulighed for at stille en række detaljerede krav til systemhusene; som vores forlængede arme og ben skal de være lige så dygtige til at passe på data, som vi skal.

I gamle dage skulle man have styr på nøglen til det brandsikre skab med journaler. Så nemt går det ikke, efter vores sektor er blevet digitaliseret i takt med det øvrige samfund.

Med i den juridiske del af pakken på vores nye subsite på PLO's hjemmeside er desuden forskellige vejledninger rettet mod medlemmerne og dokumenter beregnet til at lægge på hjemmesiden, så vi kan vise patienter og myndigheder, at der er styr på databeskyttelsen i vores klinikker.

Det har fra første færd været vores ambition at følge medlemmerne et skridt længere ad denne vej, end mange andre sammenslutninger af selvstændige normalt ville gøre. Der er jo ingen grund til, at over 1800 klinikker på samme tid skal opfinde den dybe tallerken. Med vores forlæg har vi på alle medlemmers vegne gjort en stor del af arbejdet og gennemtygget svært stof. Det skulle gerne spare medlemmerne både tid og penge og give vores medlemmer et rigtig godt udgangspunkt for at få styr på it-sikkerheden.

## **Ny app: "Min Læge"**

PLO's bestyrelse har på sit møde i marts truffet beslutning om, at vi skal gå i gang med at udvikle en fælles app for almen praksis til patienterne – app'en kommer til at hedde "Min Læge". Dette er en stor ny satsning fra PLO, som vi selv har ejerskab til og betaler. Vi bygger dog noget af den bagvedliggende teknik sammen med systemhusene og Sundheds-og Ældreministeriet.

Baggrunden for projektet er, at vi har rigtig gode læge-it-systemer i almen praksis, men vores hjemmesider til patienterne er ikke altid lige gode og tidssvarende. Med en app, der dækker hele almen praksis og går på tværs af de otte systemhuse, giver vi patienten en fælles mobil indgang.

Det bliver en mobil indgang til de ydelser, vi kender fra hjemmesiderne og som er aftalt i overenskomsten, men nu bliver de samlet og gjort nemmere at bruge. Også for klinikkerne er der klare fordele i, at man fx kan skyde påmindelser og beskeder direkte ud til patienterne via en app frem for "kun" at annoncere vigtige beskeder på klinikens hjemmeside.

Vi går efter, at app'en sendes på gaden til december i år. Målet er, at både klinikken og PLO får en helt ny platform at kommunikere med patienterne på.

Med app'en vil vi på sigt også skabe langt bedre mulighed for, at vi selv har hånden på rattet, når vi taler datadeling. Vi får mulighed for at spørge patienten direkte, hvilke data de ønsker at dele med andre parter i sundhedsvæsenet. Dermed kan vi og patienterne langt nemmere selv begynde at diktere, hvilke data som deles fra vores it-systemer, i stedet for blot at videregive data til diverse registre og sundhedsmyndigheder, hvor formål og gavn nemt kan være uklare for borgerne.

Med fuldt ejerskab og bestemmelsesret over app'en følger også, at vi selv skal finansiere udviklingen og driften. Projektet har fortsat en række usikkerheder, hvad angår pris, finansiering og lanceringstidspunkt, men det er vores klare, strategiske vurdering, at hvis vi ikke selv kommer med en løsning og fornyer patienternes mobile adgang til vores praksis, vil andre parter gøre det for os – på deres egen måde. FMK-appen er et godt eksempel på dette.

Det er en stor opgave at få en fælles app til at fungere på tværs af otte forskellige lægesystemer, og vi er meget bevidste om omfanget af it-projektet. Derfor har det været vigtigt at lægge et ambitionsniveau i første version af app'en, som er realistisk. Derfor vil den første version primært have fokus på at forny den eksisterende elektroniske kommunikation mellem læge/klinik og patient ved nu også at tilbyde en mobil adgang.

## **Praktiserende lægers samarbejde med kommunerne**

Lige nu fylder den lægelige betjening af de kommunale akutpladser meget i PLO og har gjort det længe - både centralt og regionalt. Vi ser forskelligt på, hvor meget vi **kan** tage ansvar for, og hvor meget vi **ønsker** at tage ansvar for. Det er helt naturligt - der er trods alt tale om en opgave, der i høj grad tidligere er blevet løst af vores kolleger på sygehusene.

Måske skulle afklaringen starte med et citat fra Sundhedsstyrelsens vejledning på området. Først helt overordnet:

*"Det anbefales, at der er fuldt behandlingsansvar enten hos praktiserende læge eller hos sygehuslæge"*

Dernæst mere specifikt:



*”For patienter henvist fra praktiserende læge eller vagtlæge anbefales det, at behandlingsansvaret ligger hos praktiserende læge i dennes åbningstid, og hos vagtlæge uden for lægens åbningstid.”*

Og den fortsætter:

*”For patienter, der er henvist fra sygehus, anbefales det, at behandlingsansvaret ligger hos sygehuslægen (eller læge i samme funktion – ofte bagvagt på henvisende afdeling). Det anbefales endvidere, at behandlingsansvaret, så vidt det er muligt og hurtigst muligt, overdrages fra sygehuslæge til praktiserende læge, såfremt patientens praktiserende læge fagligt ser sig i stand til at overtage behandlingsansvaret for den udskrevne patient.”*

Jeg synes, det er et meget fornuftigt udgangspunkt for den debat, vi skal have på repræsentantskabsmødet, og personligt vil jeg helst være patient i en seng, hvor det lægelige ansvar er helt entydigt.

Bestyrelsen ser frem til at høre synspunkterne på repræsentantskabsmødet.

## **Rekruttering, lægedækning og dimensionering**

I slutningen af 2017 offentliggjorde Sundheds- og Ældreministeriet sin status på implementeringen af anbefalingerne fra Lægedækningsudvalget. PLO har gennem hele forløbet været skuffet over, at ambitionsniveauet ikke har været højere.

PLO vil i 2018 have fokus på at udbrede budskabet om, at den helt afgørende enkeltfaktor, der har størst betydning for lægedækningen i almen praksis, er at få uddannet nogle flere speciallæger i almen medicin.

Med de kommende års demografiske udvikling, den voksende kompleksitet i opgaverne og de mulige opgaveflytninger, der vil ske fra sygehusene til almen praksis, er det bestyrelsens vurdering, at vi i 2030 bør have sænket normtallet til 1200. Det vil kræve, at vi til den tid er omkring 5000 læger i almen praksis, altså over 1500 flere end i dag. Den kommende dimensioneringsplan bør derfor indeholde et markant øget antal hoveduddannelsespladser i almen medicin i både land og by.

2018 bliver også året, hvor PLO's mentorordning ser dagens lys. Mentorordningen skal ses som et supplement til Lægeforeningens mentorordning, der har et mere tværfagligt udgangspunkt, idet sigtet med en PLO-ordning er at understøtte rekrutteringen til faget gennem erfarne praktiserende læger, der stiller deres viden til rådighed for yngre læger. Mentorordningen skal således ses som et af en række initiativer til at rekruttere yngre læger til almen praksis.

Mentorordningen starter med et pilotprojekt, som vil løbe af stablen hen over 2018. Ordningen består af tre dele, hvor medicinstuderende og KBU-læger tilbydes et kaffemøde med en PLO-mentor, mens læger i hoveduddannelsesforløb og allerede uddannede speciallæger, der endnu ikke har købt praksis, tilbydes et egentligt mentorforløb bestående af fire møder over et år.

## **Risikobaseret tilsyn og Styrelsen for Patientsikkerhed**

2017 blev året, hvor Styrelsen for Patientsikkerhed kom til at fylde rigtig meget i mange lægers bevidsthed. Det skyldes den meget omtalte Svendborgsag og andre sager, hvor styrelsens fremfærd var med til at føre til græsrods-initiativet *#detkuhaværetmig*, der tydeligvis ramte en nerve hos rigtig mange læger landet over.

Debatten er vigtig, og PLO deltager, sammen med Lægeforeningen, i arbejdet for et bedre og et mere meningsgivende tilsyn. PLO har blandt andet plads i Sundheds- og Ældreministeriets arbejdsgruppe vedrørende journalføring, og vi har nedsat en arbejdsgruppe, i samarbejde med DSAM, som skal mødes med Styrelsen for Patientsikkerhed og komme med forslag til en ændring af tilsynenes indhold og udvælgelseskriterierne.

I efteråret 2017 skulle alle praktiserende læger registreres i Styrelsen for Patientsikkerheds behandlingsstedsregister. Registreringen skulle danne grundlag for opkrævningen af det gebyr, som skal finansiere det risikobaserede tilsyn. Desværre oplevede PLO hurtigt, at der var en række udfordringer med styrelsens fortolkning af reglerne.

Én ting er, at politikerne har valgt, at de virksomheder, der er omfattet af tilsynet, selv skal finansiere tilsynet. Rimeligheden i dette kan man godt diskutere, for nu at sige det pænt.

Men filmen knækkede helt, da PLO gennem medlemshenvendelser erfarede, at Styrelsen for Patientsikkerhed anlagde en meget bred fortolkning af reglerne, der betød, at bl.a. unge vagtlæger, der giver en hånd med i lægevagten, skal registreres og dermed betale gebyr. Det førte til, at massevis af læger især i Region Syddanmark sagde farvel til vagtlægearbejdet, og efter massiv medieomtale opnåede vi en dialog med styrelsen om at få sagen løst. Det er fortsat PLO's forventning, at der findes en løsning, der fritager de unge læger fra at betale gebyr for at bemande lægevagten.

Et andet problem er, at læger i samarbejdspraksis skal betale gebyr mere end én gang. Og sololæger, der bidrager til at uddanne næste generation af praktiserende læger, oplever, at tilstedeværelsen af en uddannelseslæge i praksis gør, at der i styrelsens optik er tale om en flerlægepraksis. Også her presser PLO på for, at der findes løsninger, for ovenstående er naturligvis helt urimeligt.

Stormen omkring registreringsordningen kom i kølvandet på det første halve år med risikobaseret tilsyn i almen praksis. PLO har fra første færd påpeget, at det risikobaserede tilsyn i almen praksis reelt ikke er risikobaseret, men snarere et tilfældighedstilsyn.

På trods af denne mildt sagt uheldige opstart har vi faktisk en udmærket dialog med Styrelsen for Patientsikkerhed om at få udformet nogle mere relevante både udvælgelseskriterier og målepunkter. Men vi har endnu til gode at se, at styrelsen går ud med nogle klare risikobaserede indikatorer, når de udvælger praksis.

Tilsvarende minder de målepunkter, som styrelsen undersøger de udtagne klinikker ud fra, mere om akkreditering og fluebensregime end om en undersøgelse af patientsikkerheden i almen praksis.

## **Akutbetjening og lægevagten**

Manglen på praktiserende læger sætter fortsat sit præg på lægevagten, særligt i Region Nordjylland og Region Sjælland, hvor manglen på læger er størst. Her skal der hvert kvartal arbejdes ekstra hårdt, når vagtchefen skal få puslespillet med fordelingen af vagterne til at gå op.

Vi kan håbe, at den undersøgelse, forsknings- og analysecentret VIVE er i gang med at lave for Sundhedsstyrelsen, vil bane vejen for, at belastningen af vagtlægerne i de fire regioner tager højde for de lægeressourcer, der lige nu er til rådighed. Og at undersøgelsen dermed fører til, at man regionalt overvejer, om antallet af konsultationssteder kan reduceres, eller om udbuds- og regionsklinikker kan indgå med en større vagtforpligtigelse end i dag, så presset på de

tilbageværende vagtlæger bliver mindre.

Som en del af overenskomsten for almen praksis nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra PLO og Danske Regioner, der skal vurdere, om antallet af læger tilknyttet lægevagten matcher det behov, der efterspørges, og om lægevagten kan indrettes mere hensigtsmæssigt og effektivt.

Et kapitel for sig er som bekendt Region Hovedstaden, hvor vi praktiserende læger indtil nu har stået på sidelinjen i mere end fire år, mens 1813 har dækket vagten. Den meget kritik, der har været rejst omkring 1813, har blandt andet betydet, at det nye regionsråd har givet udtryk for, at 1813 skulle revurderes, og dialogen med PLO genoptages. Begge dele ser vi frem til.

På repræsentantskabsmødet skal vi som bekendt drøfte et fælles politikpapir omkring akutbetjening, som PLO's Akutudvalg har udarbejdet.

## **Status på efteruddannelse**

I begyndelsen af året gennemførte sekretariatet en analyse af de praktiserende lægers efteruddannelse. Analysen bekræftede billedet af, at vi er gode til at vedligeholde og udvikle vores kompetencer. Undersøgelsen viste, at stort set alle de adspurgte læger havde deltaget i en eller anden form for efteruddannelse. I gennemsnit bliver der brugt ni dage om året på at holde sig opdateret.

Det er positivt at se, at vi trods en stor arbejdsmængde fortsat holder fast i at udvikle os. Spørgsmålet er dog, om vi kan blive ved med det. Det kræver mere og mere at lukke klinikken, eller overlade patienter til kollegaer, for at tage på kurser. Mængden af opgaver er jo ikke blevet mindre.

Et af de tiltag, vi har taget er for at gøre det let at tage på efteruddannelse, er udviklingen af den Systematiske Gruppebaserede Efteruddannelse. Et tilbud, hvor man i sin DGE-gruppe eller anden gruppe kan gennemføre sin obligatoriske systematiske efteruddannelse. Det er på kort tid lykkedes at uddanne 120 facilitatorer til grupperne, som kan sikre en høj effekt af dette nye format for efteruddannelse. Vi håber meget, at erfaringerne herfra kan bringes videre til det kommende arbejde i klyngerne.

Med den nye overenskomst er der også blevet sat fokus på praksispersonalets efteruddannelse. Vi har brug for, at de ansatte kan blive ved med at få en målrettet og praksisrelevant efteruddannelse, og vi skal naturligvis også kunne tilbyde efteruddannelse til de nye medarbejdere, der forhåbentlig kommer til almen praksis i de kommende år.

Der er i overenskomsten blevet sat særligt fokus på praksispersonalets efteruddannelse inden for diabetes og KOL. Det er sket med en aftale om tilskudsberettiget efteruddannelse til personalet, når de deltager i kurser inden for dette område.

I det sidste halve år har vi deltaget i en arbejdsgruppe om udviklingen af en specialsygeplejerskeuddannelse for kommuner og almen praksis, som forventes at blive udbudt i slutningen af året. Det skal ikke være nogen hemmelighed, at vi har været noget skeptiske i dette arbejde, som er bestilt af Sundheds- og Ældreministeriet. I almen praksis har vi behov for efteruddannelse, der på kort tid giver medarbejderne nogle meget præcise og brugbare kompetencer. En langvarig diplomuddannelse har i sig selv ikke den store værdi i vores meget praktiske verden. Nu må vi se, hvordan dette arbejde ender.

## **Samarbejdet i Lægeforeningen**

Lægeforeningens bestyrelse tog forrige år, sammen med PLO, YL og FAS, hul på et fælles strategiprojekt, der skal se på, hvordan vi kan få mere ud af at være i en fælles forening.

Projektet skal afdække, om der er behov for at ændre noget i vores organisering og samarbejde med henblik på, at medlemmernes interesser kan blive varetaget bedre, end det sker i dag.

På en fælles strategidag den 4. april vil Lægeforeningens bestyrelse og bestyrelserne for PLO, YL og FAS drøfte den videre proces.

Projektet er således fortsat på et meget indledende stadie.

\*\*\*\*\*

## **Skriftlig beretning fra PLO-Hovedstaden, ved formand Karin Zimmer**

Det er svært med en tidstro, opdateret status for arbejdet i PLO-Hovedstaden, da der nærmest på daglig basis sker ændringer.

Regionsadministrationen er i øjeblikket en myretue i forsøget på at planlægge det kommende års møder i udvalg, nye som gamle, og i ditto arbejdsgrupper, koordinationsfora, projektstyregrupper og sekretariater.

På godt og ondt ønsker man maksimal inddragelse af PLO-H – helst fra formandskabet, der kan tage nogle beslutninger – og pilen har derfor peget på mig.

I skrivende stund er det næsten umuligt at lægge flere møder i dagtiden et halvt år frem, hvis jeg også skal passe min praksis to dage om ugen. Så nu er sene eftermiddage og aftener i spil, hvilket udfordrer region, kommuner og politikere, men selvfølgelig også mig, næstformand og 3. mand i PPU samt ikke mindst vores sekretariat, som også har familie og børn. Det er ikke nogen nem eller tilfredsstillende øvelse.

Udover SKU, DAS, PPU og PAS, Samarbejdsforum om ophør, SU-møder, formøder, SU-sekretariatsmøder er der som noget nyt kommet møder i koordinationsforum for OK18-implemtering, projektstyregruppe for sundhedsaftalen, dialogmøder om sundhedsaftalen, arbejdsgruppe om kommunale akutfunktioner, forhandlingsudvalg for kommunale akutfunktioner, samarbejds-møder med Københavns Kommune om sundhedshuse med videre.

De faste møder med vores samarbejdspartnere skal naturligvis passes, men som formand er der også behov for møder i PLO-H's sekretariat hver uge, PLO-H bestyrelsesmøder, internat, FUR- og gruppemøder, medlemsmøder, repræsentantskabsmøder, osv. Derfor foregår der en løbende og behård prioritering af opgaverne.

Er en opremsning heraf alene udtryk for brok? Det er ikke intentionen, men et udtryk for, at motivationen og den politiske gejst kan komme under pres, når INTET af det, der er sat i gang af Region Hovedstaden og vores 29 kommuner, giver særlig store forventninger til, at der kommer noget mærkbart og godt ud af det for vores kolleger og patienter. Det er dog sikkert at forvente et enormt ressourcetræk på mandskab og tid i PLO-H, som skal sikre, at der ikke vælter nye opgaver ned over os, som vi ikke selv har accepteret.

### **De kommunale akutfunktioner**

Håndteringen af de kommunale akutfunktioner er et vigtigt emne, hvor det er helt afgørende med en stærk og utvetydig opbakning fra det centrale PLO til de lokale forhandlinger, som vi regionalt står over for.

Processen er stort set skemalagt og kalendersat i Region Hovedstaden. Jeg bliver mødt med en klar forventning om, at de regionale forhandlinger kan afsluttes med et positivt resultat inden sommerferien.

Min egen forventning er derimod, at vi står over for store sværds slag om, hvad OK18 egentlig forpligter os til, og hvordan vi skal indrette os for at blive en velfungerende del af de nye kommunale akutfunktioner. Dertil kommer uklarhed om, hvor vi skal lægge snittet om det lægelige ansvar, opgaveoverdragelser, afgrænsninger af opgaverne og en helt ny terminologi.

Selv om der synes at være enighed om, at OK18 ikke indeholder en generel forpligtelse om, at vi skal passe akutpladserne, mener jeg, det er en udfordring, at en akutplads kun er en lille delmængde af et kommende kæmpe kommunalt apparat med alskens bud på, hvad en akutfunktion kan være.

I PLO-H har vi forsøgt at holde skruen i vandet i alle de fora, der har handlet om samarbejdsrelationer og lægeligt ansvar i akutfunktioner, ved at holde fast i, at udlagte patienter i sygehusbehandling (uanset hvilken seng patienten ligger i) er sygehuslægens ansvar (uanset problemstilling), indtil patienten udskrives fra akutfunktionen færdigbehandlet, eller egen læge indvilliger i at overtage patienten. Det vil sige, at vi har arbejdet for, at der IKKE skal være et delt ansvar for patienterne.

Vi vurderer, at delt ansvar kan være en ladeport til opgaveglidning de kommende år og ikke mindst en stor risiko for patientsikkerheden.

Derfor ser jeg frem til debat om emnet på repræsentantskabsmødet. Jeg håber, at kommuneudvalget efterfølgende er i stand til at komme med en samlet PLO-politik på området, som vi kan navigere efter regionalt, når vi skal lave lokale samarbejdsaftaler.

### **PLO's akutpolitik**

Et andet og tilsvarende hot emne er lægevagten, herunder PLO's akutpolitik – som undergår en revision netop nu. PLO-H er kommet med et kritisk høringssvar til udkastet.

Jeg mener, at PLO's akutpolitik bør basere sig på virkeligheden.

Store dele af akutpolitikken, som den foreligger i udkast, er på de fire lægevagtbærende PLO-R's præmisser, men tager alligevel ikke højde for eksisterende vilkår. Vi bliver nødt til at forholde os til, hvordan virkeligheden er i forhold til PLO's varetagelse af almen-medicinske akutte problemstillinger i vagten de næste 10-15 år og basere vores akutpolitik på det, og ikke på faglige visioner om, hvordan vi kunne ønske det.

Flere PLO-R seigner under byrden af tvungen lægevagt. Lægevagtsressourcerne er underprioriterede på grund af PLO's strategi om at satse på dagtiden fremfor lægevagten, der kan blive opsagt i morgen.

De facto betyder det, at kollegerne løber spidsrod for en ussel hyre i vagttid, samtidig med at det bliver tiltagende svært at passe dagtiden på grund af manglende kolleger og flere og flere opgaver – ikke mindst med OK18.

Jeg er enig med kritikerne i, at vi har prioriteret at løse Danske Regioners problemer med sygebesøg over 5/15, fremfor at arbejde for bedre vilkår i lægevagten. Vi har dermed ladet vores kolleger i stikken, og det er nu op til de mest pressede PLO-R selv at forhandle lægevagtsaftaler hjem. Det kan en revision af PLO's akutpolitik og det udkast, der ligger, ikke kompensere for.

Jeg mener, at et samlet PLO vedholdende skal stille store krav til forbedringer af vilkårene i de eksisterende lægevagtsaftaler og turde risikere, at modparten siger aftalerne op. Hvad er det værste, der kan ske for PLO i den situation? Den diskussion har vi brug for at have.

Og bliver vi enige om, at PLO kan have en akutpolitik, skal det være tydeligt, at en faglig vision om varetagelse almenmedicinsk akutvisitation 24/7 forudsætter en helt anden kapacitet og en helt anden økonomi end den, vi har i dag. Og den bør også forholde sig til, at en tredjedel af PLO's

medlemmer ikke deltager i vagtarbejdet og ikke mindst den historie, der knytter sig til det.

### **OK18 og kommunikation**

I Region Hovedstaden er der igangsat en omfattende mødetung proces om den regionale implementering af OK18. Der er mange aktører involveret, og vi kan konstatere, at det er højprofilerede opgaver, da vores samarbejdspartnere stiller med de høje lønrammer.

Der er store forventninger til, hvad OK18 skal løse – ikke mindst for kommunerne.

Velvidende at PLO og Danske Regioner er fælles om en beslutning om at asfaltere, mens man kører, er det afledte arbejde, det genererer hos os, og som skal bygge bro helt ud i PLO-K, dybt afhængig af, at vi modtager vedvarende og klar information fra vores centrale spillere.

En stor udfordring regionalt har været de nye kronikerydelser og det afregningstekniske, hvor otte lægesystemer og fem regioner har skullet levere løsninger på alt for kort tid, mens medlemmerne har haft berettiget tvivl om, hvordan de skulle forholde sig. Det er forhåbentlig snart et overstået kapitel.

Med hensyn til selve kvalitetsprogrammet, klyngedannelsen og udmøntningen af den aftalte økonomi har vi brug for klokkeklar information om, hvad PLO-C og Danske Regioner har ansvaret for, og hvad PLO-R og den enkelte region har ansvaret for, noget som det indtil nu har været svært at få.

Vi takker for en rigtig god og brugbar OK18-undervisning, som havde stor og engageret tilslutning, og vi takker for det regionale møde om klyngedannelse, der blev afholdt den 20/2.

Vi ser frem til klyngekufferten og en veludbygget side på Dak-e.dk, hvor man kan få svar på det meste.

Snart starter selve klyngedannelsen, og det er min forventning, at klyngerne til den tid har adgang til helt klare retningslinjer for, hvordan etableringen skal foregå, og hvordan udbetalingen til klyngen sker.

En tydeligt centralt styret klyngeproces vil smidiggøre samarbejdet regionalt og forebygge unødvendig tvivl og diskussioner.

### **Lægedækning i Hovedstaden**

Fakta:

Regionen vokser med 20.000 patienter om året (svarende til ca. 15 kapaciteter). Antallet af praktiserende læger falder fortsat, nu 1048, heraf 13 pct. over 65 år (til over 1,8 mio. borgere).

9 pct. ønsker at stoppe inden august 2019 på grund af akkreditering, knap 100 læger. 76 pct. har lukket for tilgang, og i flere kommuner på vestegnen, i Nordsjælland og i indre by i København har 100 pct. lukket.

Vi forventer løbende flere og flere områder med helt lukket.

Der er et stigende antal usælgelige praksis (Herlev, indre by, Amager, Bornholm). Vi har 1735 patienter pr. fuldtidskapacitet. Reelt er tallet højere, fordi der er en del ubesatte kapaciteter i eksisterende praksis.

Forventningen er at vi de kommende fem år fortsat vil se større afgang end tilgang af læger, samtidig med en uændret høj tilgang af borgere.

### **Sygemeldte kolleger uden vikar**

Et andet, og i Region Hovedstaden tiltagende, problem er sygemeldte kolleger, som ikke kan finde en vikar og derfor må lade både patienter og kolleger i stikken i månedsvis. Det vælter ind med klager til regionen, patienterne henvender sig desperate til nabokolleger med lukket for tilgang, som ikke har adgang til journaler, og som må brandslukke, uden at der er lavet aftale om længerevarende pasning af de nødstedte patienter.

Jeg hører, at det samme gør sig gældende i andre regioner.

Indtil nu har der været fokus i PLO på at hjælpe den sygemeldte læge, men absolut ingen fokus på de nødstedte kolleger, endsige patienterne, som står uden læge. Det synes jeg ikke, at vi kan være bekendt.

Derfor har PLO-H på FUR fremført et forslag om en vikarordning, som PLO kan trække på i de situationer, hvor den sygemeldte kollega ikke er i stand til at overholde overenskomsten ved selv at stille med en vikar. Forslaget vil blive forelagt bestyrelsen.

Jeg ved, at der er et arbejde i gang på læger.dk om en webbaseret løsning til vikaropslag. Hvis løsningen kommer hurtigt og er bygget op, så ikke-aktuelle opslag fjernes efter et par måneder, kan det blive en god del af løsningen fremadrettet.

### **Fase 2 og 3 i 1813**

Der skal ske en kompensering af tutorlægerne for uddannelseslægenes deltagelse i lægevagtsuddannelsen i 1813. Tutorlægerne skal ikke bidrage til 1813 via løn til deres uddannelseslæger, når de indgår i 1813 som en del af deres uddannelse. Sagen har nu kørt i over et år, siden det første hold startede.

PLO-H's ønske om at forhandle en compensation har været blokeret af Danske Regioner, der bare har trukket det i langdrag. Det er uacceptabelt, at vi ikke har kunnet få drøftet et problem, som vi anser som vigtigt. Det ser nu endelig ud til, at Danske Regioner har givet Region Hovedstaden grønt lys til at forhandle med os. Vi håber på et kort forløb og en rimelig compensation med tilbagevirkende kraft, da vi ellers må overveje alternative løsningsmuligheder.

### **Samarbejde med Københavns Kommune om sundhedshuse/lægehuse**

Københavns Kommune har lavet en ansøgning med udgangspunkt i et samarbejde med PLO-H om rekruttering af yngre læger og to konkrete lokationer på mulige lægehuse (Amager og Brønshøj). Hvis der kommer penge (29 millioner), vil lægehuse stå klar om 1,5 år. Vi har været meget tydelige omkring størrelsen af huslejen, da det er afgørende for, om lægerne vil lave kontrakt og flytte ind.

Der er indtil nu to læger, der har meldt sig interesserede, og uofficielt er der flere på vej. Der er planlagt nye møder i Københavns Kommune, hvor også PLO-København er repræsenteret.

### **SU/LSU-sager**

Der har i Samarbejdsudvalget været indstillet til Landssamarbejdsudvalget, at to læger fik frataget deres ydernumre grundet manglende tilgængelighed. Bagved gemmer der sig jo altid sager, der ikke har været nemme og særligt rare. Det har da også været svært at være med til at træffe beslutning



om, at to kolleger ikke længere må praktisere, fordi de ikke har kunnet leve op til det, der er aftalt i overenskomsten om tilgængelighed. Hensynet til patienterne og den belastning, en læges manglende tilgængelighed er for kollegerne, har dog gjort, at vi ikke har været i tvivl, og at det er en del af vores ansvar at være med til at stoppe det.

**Er der slet ikke noget positivt i PLO-Hovedstaden?**

Jo.

Vi har en meget engageret og aktiv bestyrelse. Der er god stemning på møderne, og selv om vandene kan være delte i nogle af de store spørgsmål, så er der altid en sober debat, og jeg har stor respekt for hver enkelt bestyrelsesmedlems indsats. Derfor er det også vigtigt for mig at kunne bakke op om bestyrelsens diversitet og understøtte styrkerne fremfor de svagheder, andre indimellem ser.

Vi har et hårdtarbejdende sekretariat, som vi har opgraderet for nylig. Det er kærkomment og nødvendigt med nye kræfter, som kan modsvare de mange nye og voksende opgaver.

Vi har fået et nyt tværgående udvalg i PLO-H, som binder de fire planområder (Nord, Midt, Byen, Syd) og Bornholm sammen i forhold til vores engagement i samordningsudvalg, SKU og PPU. Det bringer flere bestyrelsesmedlemmer i spil og skulle gerne gøre os langt mere potente/kompetente i samarbejdet om sundhedsaftale og praksisplan, særligt i forhold til projekter og lokale aftaler.

Den tid, bestyrelsen har investeret i en tættere politikerkontakt, begynder at bære frugt. Generelt er tonen blevet mere respektfuld på begge sider af bordet i Region Hovedstaden, og min rolle som formand er blevet styrket gennem tålmodigt samarbejde med dele af regionsadministrationen, hvor der er klippet tær og hugget hæle – også hos modparten. Jeg håber, at vi kan fortsætte det gode samarbejde også i det kommende år.

Håber på et godt møde.

\*\*\*\*\*

## **Skriftlig beretning fra PLO-Midtjylland, ved formand Lise Høyer**

Et halvår, der har stået i implementeringens navn, efter at OK18 blev vedtaget.

Vores region var meget hurtig til at lægge en plan for, hvordan OK18 kunne implementeres. Dog har det knebet gevaldigt med at få ophænet til Praksisplanudvalget på plads. Der blev lagt op til mange selvstændige arbejdsgrupper, men efter dialog blev vi enige en let reduktion i antal udvalg og møder. De er nu er ved at være afviklet, så oplæg er klar til PPU.

Det skal siges, at det har været en rigtig positiv proces at sidde med kolleger fra sygehusene og snakke om opgavefordeling ud fra et fagligt perspektiv, så det ikke kun er en ledelsesmæssig styret proces.

Det har også været positivt, at man har konkluderet, at vi allerede har overtaget de kræftpatienter, som OK18 lægger op til, at vi skal have, og at det ser ud til, at vi også allerede har overtaget en del af de diabetes- og KOL patienter, som OK18 foreskriver.

De sidste tal har vist sig svære at gøre op, og der ser også ud til at være variationer mellem øst og vest i vores region.

### **Klynger**

Vi havde et godt møde med vores PLO-K formænd, Christian Freitag og Christian Boel. En tydelig enighed om enkelthed, at hænge det op på de strukturer, vi kender, nemlig PLO-K og i de største byer på vagthold. PLO-M prioriterede det som hovedemne til det første møde i år, og vi har sat vort kommuneudvalg og kvalitetsfolk på opgaven med at bistå omkring organisation, indhold og understøttelse sammen med kvalitetsorganisation i regionen.

### **Modtagelse af OK18 hos kolleger**

Ligesom PLO-H lagde vi jo tidligt ud i januar med at spørge vore kolleger, om de "var klar" til kronikerydelsen. Vi fastholdt svardato på trods af beskeden om, at man først kunne tiltræde kronikerydelsen per 1. marts. Alle på nær 18 praksis er blevet meldt klar.

Også 150 af de i alt 371 praksis i Region Midtjylland har meldt sig som stedlig læge, jævnt fordelt på hele kortet. Så den indledende bekymring, vi hørte om, at man ikke ville melde ind, hvis man var den eneste læge i området, af frygt for byrden, den ser ud til at være væk. Måske fordi ordningen særligt giver mening for de områder.

Der har da været mange bekymringer og spørgsmål til sekretariatet og til os fra kolleger, men overvejende har man forholdt sig afventende. Vi havde enkelte ansøgninger om fortsat delepraksis i sidste SU op til nytår, og ligeledes er der mange ansøgninger om generationsskifteaftaler og delepraksis omkring lægedækningstruede områder ved sidste SU, som et tegn på, at kolleger også har nærlæst OK18, både hvad angår begrænsninger og muligheder.

### **Rekruttering**

Rekruttering er fortsat en udfordring. Nye uforudsete ophør af praksis dukker op i nye mellemstore byer, og nogle steder er der en tikkende bombe, der lur, som fx i Lemvig, hvor fem ud af syv læger er over 65 år. Vi har fået en privat udbudsklinik i Thyholm (Struer Kommune), to ydernumre, der er solgt til Falck for en fireårig periode. Nulydernumre er udbudt i Horsens, Herning og Skive, og heldigvis har der været nogle unge læger, der har budt ind og sikret praksis i de to byer.

Andre steder har lokale læger budt ind med ekstra kapacitet for at undgå udbudssituationer, i håbet om at en kollega ville slå sig ned inden for nogle år i området. PLO-M kom sidste år med udspil til region om ”Rekruttering på den korte og den lange bane”, og der er nu med et nyt regionsråd, der har sat lægedækning på tavlen, arbejdet videre med at udvikle på at skabe en vifte af tilbud både til medicinstuderende og uddannelseslæger samt nynedsatte læger.

Også kommunerne inddrages for at skabe gode forhold lokalt under ophold.

Der er kommet flere forskellige ansøgninger til 200 mio.-puljen til sundhedshuse, og vi har fået mange henvendelser fra både praktiserende læger og kommuner, og vi har valgt at bakke positivt op, opfordre til at kontakte samarbejdspartnere og underskrive ansøgninger lokalt som support.

### **Nyt regionsråd**

Det udvalgsarbejde, vi deltager i (SU, PPU og udvalg med administration, ledelse fra øvrige sektorer, samt politikere) er stedvist tungt, og interviewundersøgelser har også vist, at der savnes større inddragelse af politikere, og konkret output efterspørges. At der kommer noget mere konkret ud af de møder.

Og vi kan kun være enige.

Ikke mindst erfaringen fra regionens hurtighed omkring planlægning af OK18 bidrog til en snak om, hvordan vi også skaber sammenhæng og også gennemslagskraft mellem, hvad der foregår i det ene og det andet udvalg. At viden bringes videre.

Et nyt hold politikere betyder også både farvel og et goddag og en indførsperiode af dem til et nyt tankesæt. Det er et vilkår, det tager tid, og vi håber på et fornuftigt samarbejde.

Vi har således inviteret alle deltagere i de udvalg, vi er en del af, samt øvrige regionrådspolitikere til at komme ud en halv eller en hel dag i praksis, for at øge deres viden om almen praksis.

\*\*\*\*\*

## **Skriftlig beretning fra PLO-Syddanmark, ved formand Jørgen Skadborg**

### **Generelt**

Situationen i Syddanmark er fortsat præget af en svær rekrutteringssituation. Ifølge prognoserne og lægernes udsagn i lægedækningsundersøgelsen uddanner vi mellem 25 og 50 speciallæger årligt, mens 90 går på pension. De unge læger kan vælge og vrage, og man har indtryk af, at de bruger god tid på at se sig om, før de faktisk køber en praksis.

Antallet af patienter, som passes i regions- eller koncern-klinikker, er steget med 30 pct.; men det er kun fra 10.000 til 13.000 patienter, så det udgør trods alt kun ca. 1 pct. af regionens befolkning. Sammenlignet med andre regioner er det derfor indtil videre til at overskue.

Man kan dog nemt få det indtryk, at det er ”lige på vippen”, således at udviklingen med flere koncernklinikker pludseligt kan gå hurtigt. Vi ved, at regionen har tegnet kontrakt med Falck lægehuse om at oprette nye klinikker i regionen med en måneds varsel.

Det har også vist sig, at Falck er meget ivrige efter at drive ”stråmandsklinikker”, idet Falck tilsyneladende er villige til at acceptere tab for at komme til at stå for driften af klinikker, som formelt er ejet af en læge. Denne iver kan i bedste fald få en til at tænke, at nogen i det mindste må mene, at der er lysende fremtid i at drive lægeklinikker.

På den anden side viser det politiske niveau i både ord og handling, at de primært ønsker PLO-klinikker, når de har et konkret valg.

I ikke-lægedækningstruede områder er det lykkedes regionen at sælge ydernumre for 250- 300.000 kr.

Der er en fornuftig dialog med regionen om at få anvendt rekrutteringsværktøjerne i OK18. Vi får defineret og opdateret lægedækningstruede områder hver fjerde måned i forbindelse med PPU-møderne. Det bliver spændende at se, om kollegerne i disse områder kan finde ud af at udnytte mulighederne.

I skrivende stund prøver vi at overbevise regionen om, at man kan opnå ekstra lægekapacitet ved systematisk at tillade læger, som ellers har ret til at lukke for tilgang, at åbne selektivt for tilgang i deres lokalområde.

### **OK18**

Indtil videre har vi et konstruktivt samarbejde med regionen vedrørende implementeringen af OK18. Vi har fået minimeret antallet af styre- og temagrupper til det strengt nødvendige. Ydermere stiller det administrative niveau op i arbejdsgrupperne med sygehusledelser og på regionalt direktionniveau på en måde, som tegner godt for samarbejdet. Fx ser det ud til, at niveauet for specialistrådgivning er på rette vej. Vi er fortrøstningsfyldte og tror, at kroniker-udflytningen kommer til at foregå i god ro og orden.

### **Aftaler**

Siden sidst har vi indgået en rammeaftale om telemedicin. Aftalen går ud på, at læger på frivillig basis kan gennemføre videokonferencer med relevante samarbejdspartnere eller forsende billeder i tilknytning til E-konsultationer. Udstyret hertil stilles til rådighed af regionen. Desuden vil et mindre antal praksis kunne deltage i et forsøg med videokonsultation. Honoreringen for videokonsultation og videokonference er efter tidsmodul og baseret på konsulenttaksten.

Vi forventer i PLO-Syd, at videokonsultationer i højere grad vil erstatte de andre telekonsultationer, end de vil erstatte fysiske konsultationer. Derimod tror vi på, at video- konference-muligheden vil kunne spare nogle kilometer på landevejen for lægerne og måske øge vores mulighed for at deltage i fagligt meningsfulde aktiviteter omkring patienten. Konferencen kan være med sygehuskolleger, hjemmepleje og andre samarbejdspartnere.

I forbindelse med den løbende dialog med regionen om samarbejdet med den kommunale hjemmepleje er det lykkedes at få en væsentlig indrømmelse fra regionen: Fremover vil regionen ikke udføre controlling på antallet af telefon-konsultationer og E-konsultationer samme dag på samme patient (med mindre der ud fra minuttal må være tale om en åbenlys fejl). Regionen vil fremover anerkende, at vi har udført dette arbejde fremfor at sende returregninger.

### **Lægevagten**

Mellem jul og nytår blev Region Syddanmark ”epicenter” for yngre lægers opsigelse af vagtydnumre på grund af de urimelige gebyr-krav fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Omfanget af opsigelser havde så stort et omfang, at pressen ligefrem troede, at der var tale om en form for kollektiv ”aktion”, hvilket slet ikke var tilfældet. Lægerne sagde alene op, fordi timingen fordrede opsigelse før nytår, hvis man ville slippe for gebyr i 2018.

Sagen fik ret stor pressebevågenhed, og godt støttet af vores lokale regionspolitikere førte det til, at PLO endeligt kunne komme i konstruktiv dialog med styrelsen om sagen. Vi har til gode at se det endelige resultat, men det har været et lyspunkt at se, at en myndighed, som har den holdning, ”at vi er jo en myndighed”, trods alt kan bringes til fornuft.

Vi har endnu ikke fået gjort op, hvor mange af vagtlægerne der er vendt tilbage ”i folden”, men det ser ud til, at vi akkurat kan få dækket vagten. Der skal i sommer-trimesteret opkræves et beskedent ekstra-kontingent fra de ikke vagtaktive læger, men det har heldigvis ikke været nødvendigt i alle planlægningsperioderne.

Vi kommer til at skulle reducere tilgængeligheden og antallet af konsultationssteder med henblik på at nedsætte antallet af læger på vagt, efterhånden som vi bliver færre læger. Det kommer formentlig til at gå stille og roligt for sig. Vi har senest haft en kampagne, der skulle reducere antallet af receptfornyelser i vagten. De seneste tal viser, at antallet af kontakter er faldet med 3-4% pct.

\*\*\*\*\*

## **Skriftlig beretning fra PLO-Sjælland, ved formand Ulrik Hesislev**

### **Mod lysere tider**

Her medio februar kan man mærke, at døgnet langsomt har fået flere timer med lys. Det er ikke længere med fornemmelsen af nat, man kører på arbejde - og igen når man kører hjem fra arbejde. Vintergækker er som de første dukket op af jorden og blomstrer nu. Foråret er stadig et stykke væk – men man mærker, at vi er på rette vej. På den måde afspejler vejret vel meget godt fornemmelsen af OK18?

### **Nu skal vi i gang**

I PLO-Sjælland har 95 pct. af alle praksis klarmeldt sig til kronikerydelsen pr. 1. marts 2018, drøftelserne i forhold til klynger er startet op, og vi ser frem til, at tiltagene i forhold til de lægedækningstruede områder for alvor kommer i spil og bliver taget i brug.

Det sidste er meget vigtigt. Region Sjælland følger, med nogle års forsinkelse, den udvikling, vi har set i Region Nordjylland. Antallet af praktiserende læger i Region Sjælland fortsætter med at falde – og antallet af udbudsklinikker vokser. Status februar 2018: 446 praktiserende læger, 81 pct. af alle praksis, har lukket for tilgang, over 20 ubesatte kapaciteter i praksis, som passes af PLO, flere end 15 kapaciteter passes af udbudsklinikker, og ti PLO'ere har varslet praksisophør inden sommerferien; tallene taler desværre for sig selv!

OK18 kommer ikke i sig selv til at løse lægedækningsudfordringen. Det ved vi alle. Men vi glæder os over, at der for første gang er sat midler af til de særlige områder af vores region, hvor udfordringerne er størst – og hvor tegn på udbrændthed blandt kollegerne er særligt tydelige.

Forhåbentlig kan disse og kommende tiltag bidrage til at ændre udviklingen. PLO-Sjælland kommer fortsat til at arbejde for at rekruttering, og fastholdelse af alment praktiserende læger står højt på dagsordenen i alle de fora, vi deltager.

### **Nyt hold i Region Sjælland**

Siden repræsentantskabet sidst har været samlet, er der sket ændringer på væsentlige pladser i vores region. Jens Stenbæk (V) er nu tidligere regionsrådsformand i Region Sjælland. Ny regionsrådsformand er Heino Knudsen (S). Han har en fortid som salgsekspedient og byrådsmedlem. Han bor privat i Nakskov - så han får langt at køre på arbejde til regionshuset i Sorø.

Koncerndirektør Lars Onsberg Henriksen (læge) stopper 1. april 2018 og erstattes af ny koncerndirektør Leif Panduro Jensen – som kommer fra stilling som centerdirektør ved Finsencentret på Rigshospitalet og er uddannet speciallæge i karkirurgi.

Der er kommet diverse nye regionsrådsmedlemmer og nye udvalg, blandt andet ”Udvalget for sundhed for alle” og ”Udvalget for det nære sundhedsvæsen”. Endelig har vi fået en kollega i regionsrådet, nemlig Jens Gredal (S) fra Præstø.

PLO Sjælland glæder sig til samarbejdet.

### **Lægevagt Sjælland version 2.0**

En af de første sager på bordet for det nye samarbejde bliver modernisering af lægevagten i Sjælland.

Det skal ikke være nogen hemmelighed, at lægevagten ligger mit hjerte nært. Det er min personlige

overbevisning, at det akut-almenmedicinske arbejde er en integreret del af det at være praktiserende læge. At deltage i lægevagten er en del af vores metier – og det er med til at holde os skarpe som læger. Speciallæger i almen medicin er de bedst kvalificerede til dette håndværk – og derfor er borgerne bedst tjent med, at vi bemande og organiserer lægevagten. Kun på den måde kan vi sikre, at borgerne passes døgnet rundt med højeste effektivitet, mest økonomisk og med bedste mulige kvalitet.

Region Sjællands nuværende lægevagtsmodel, som er tilbage fra 2007 i forbindelse med regionernes dannelse, forudsætter årligt, at cirka 14.000 vagter besættes, at 11 konsultationssteder betjenes spredt i hele regionen (hvoraf de fem er at finde i lægedækningstruede områder), og at fire natbiler bemannes. Den passer desværre ikke længere til virkelighedens verden i 2018.

Meget er sket. Antallet af sygehuse er skrumpet, indlæggelseskrævende patienters rejse til sygehuset tilsvarende forlænget, antallet af praktiserende læger i Sjælland er faldet et cetera. Med 10 pct. færre læger, en stigende gennemsnitsalder og en øget arbejdsmængde i dagtid er tiden nu kommet til Lægevagt Sjælland version 2.0. At modellen har kunnet stå distancen i over ti år er egentlig en bedrift i sig selv, set i lyset af den spådom, som det højt ærede medlem, Tue Flindt Müller, fremsatte til Sjællandske Medier 4. januar 2007.



*- Med ét telefonnummer til lægevagten i hele regionen kan folk altid huske nummeret, siger lægeformand Tue Flindt Müller.*

**LÆGERNES NYVALGTE LEDELSE**

De praktiserende læger i Region Sjælland har efter valg af repræsentanter til FLO (Praktiserende Lægers Organisation) konstitueret sig med Tue Flindt Müller, Slagelse, som formand og Hans Arne Pescettini, Stevns, som næstformand.

De øvrige repræsentanter er Henrik Mærkedahl, Greve, Mette Møller, Næstved, Gregers Hansen-Nord, Mørkøv, Tommy Budek, Horslunde, og Karsten Wenningsted-Torgard, Slagelse.

De praktiserende lægers organisation har forlængst etableret et sekretariat sammen med de øvrige læger i »Regionshovedstaden» Sorø. Nærmere bestemt på første-salen af Dr. Kaarsbergsvej 7B.

**50 LÆGER VIL MANGLE**

Det er alle fem regioner i Danmark, der skal have en fælles lægevagt-ordning i forbindelse med struktur-reformen, men Region Sjælland er et af de steder, hvor baggrunden for den ordning, der skal indføres, ikke mindst er udsigten til alvorlig mangel på praktiserende læger.

Ifølge Tue Flindt Müller irangler der allerede omkring 10 læger i regionen, og i løbet af få år vil der komme til at mangle 50 af de godt 500 praktiserende læger, hvis der ikke gøres noget ekstraordinært.

Selv om lægekreds-foreningen håber på politisk opbakning til attraktive vikar-ordninger for at holde de ældre kolleger i arbejde og bedre uddannelsesforhold for at tiltrække unge læger, mener de også, at en ny lægevagt-ordning kan være med til så at sige at spare på lægerne uden for normal arbejdstid.

Det er mit håb, når vi mødes til repræsentantskabsmøde foråret 2019, hvor PLO-Sjælland er vært, at formanden for PLO-Sjælland kan takke regionens politikere for at have lyttet og truffet en visionær beslutning om at etablere en moderniseret lægevagtmodel, som sikrer borgerne et almen-medicinsk akuttilbud kendetegnet ved høj kvalitet, høj patientsikkerhed og fleksibel udnyttelse af de lægeressourcer, vi nu engang har til rådighed i Sjælland.

### Lidt af ”alt det andet”

Ønsker for fremtiden kan man jo have nok så mange af, og parolen om, ”at vi altid kan gøre det lidt bedre”, gælder vel også for almen praksis. Nogle ting kan vi selv gå foran med, andre forudsætter dialog og vilje fra vores samarbejdspartnere. Jeg vil her til sidst pege på tre ting, som jeg mener, vi skal adressere for at skabe attraktive arbejdsvilkår for almen praksis.

- Klynger er kommet for at blive. Det er op til os praktiserende læger at vise, at overenskomstens parter så rigtigt med klyngetanken. Nu bør vi bruge tre år på at gøre klynger til en succes.
- Som nævnt i min seneste beretning er praksiskonsulentordningen i Region Sjælland stødt på grund, og vi må konstatere, at samarbejdsorganisationen mellem primær- og sekundærsektoren er næsten ikke eksisterende siden 1. november 2017. Vi havde i efteråret 2017 svært ved at finde overskud i regionen til at høre om det hensigtsmæssige i

velfungerende, formaliserede relationer mellem sygehuse og almen praksis. Nu, hvor tågerne fra Sundhedsplatformen så småt er begyndt at lette, og opgaveflytninger i OK18 er forstående, synes der at være en vis erkendelse i regionen for, at et samarbejde synes formålstjenesteligt. Men selv om vi jævnligt spørger til sagen, så venter vi stadig på en tilbagemelding fra regionen om den fremtidige samarbejdsform.

- Der kan siges meget om OK18 og selve sygebesøgsdelen, og lige netop dette element er vel et eksempel på det muliges kunst i en overenskomstforhandling. Vi er kommet godt på vej med stedlig-læge-listen, og kombineret med plejehjemslægen og andre lokale og regionale aftaler som fx opfølgende og palliationsbesøg, så er der lagt nogle spor for, hvordan vi på fornuftig vis kan løse sygebesøg. ”Trekantsdramaet” er dog langt fra løst set i forhold til opgaven på akutpladserne. Især kommunerne presser på, ikke mindst via diverse puljemidler, som kastes ind i forsøget på at etablere en bedre form for lægedækning af akutpladserne. Vi giver den gerne en tur igen med regionale forhandlinger – men jeg forventer ikke, at der kommer økonomi på bordet fra kommuner og region, så der kan findes en løsning. Jeg tror, vi kommer til at vente på, at den gordiske knude løsnes af de centrale parter. Enten af KL og Danske Regioner – eller måske af en sundhedsminister bakket op af muskler fra Finansministeriet?

\*\*\*\*\*



## **Skriftlig beretning fra PLO-Nordjylland, ved formand Annemette Alstrup**

### **OK18**

Vores længe ventede nye overenskomst er trådt i kraft fra årsskiftet, og i takt med at dagene bliver lysere, erfarer vi stille og roligt, hvad de nye elementer i OK18 egentligt indebærer, og at implementeringen af meget af det nye er en længere proces.

Vi har i PLO-Nordjylland store forventninger til, at kvalitetsklyngerne ikke blot bliver en kærkommen afløser for akkreditering, men bliver et nyt omdrejningspunkt og katalysator for et tidssvarende og fremtidsorienteret kvalitetsarbejde. Samtidig kan klyngerne blive det kollegiale faglige netværk, som jeg oplever, vi har et stort behov for.

Akkreditering drejer sig om dokumentation af, at DDKM-standarder efterleves. Under den pågående akkrediteringsproces bliver der brugt enorme mængder af tid og kræfter rundt omkring i vores lægepraksis, og det er imponerende, hvor godt det går med at komme flot i mål i vores nordjyske praksis på trods af vores knaphed på lægelige ressourcer. Der ligger et meget stort potentiale i at flytte alle de ressourcer, vi har måttet bruge på akkreditering, over i selvvalgt fremadrettet kvalitetsarbejde i klyngereggi.

Visionen for kvalitetsklyngerne er, at vi inspirerer hinanden til at udvikle vores praksisarbejde, så vi alle flytter os og opnår forbedringer i vores praksisarbejde både fagligt og organisatorisk i respekt for vores forskellighed – både i den måde, vi bestrider vores kliniske arbejde på, og på baggrund af forskelligheden i vores patientpopulationer.

PLO-Nordjylland har været i tæt dialog med Nord-KAP om at finde frem til en passende nordjysk organisering sideløbende med, at det fra centralt hold i programbestyrelse og styregruppe fastlægges, i hvilken ramme klyngearbejde skal udfolde sig, fx vedtægter, kvalitetsmål, indikatorer og opdeling i skal- og kan-opgaver for klyngerne.

Den næste milepæl i udrulning af kvalitetsklyngerne bliver internatmødet den 9.-10 marts for PLO-N og PLO-K formænd. På baggrund af oplæg ved Christian Freitag (formand for programbestyrelsen) og Christian Boel (formand for programstyregruppen) vil det konkrete arbejde med etablering af de enkelte klynger gå i gang.

Nord-KAP vil få en fortsat central rolle i vores kvalitetsarbejde i almen praksis. Hidtil har Nord-KAP ydet konsulentbistand og undervisning til de enkelte lægepraksis, nu kommer Nord-KAP til at omorganisere konsulentarbejdet til også at omfatte kvalitetsklyngerne.

Nord-KAP har også etableret et tilbud om råd og vejledning til de praksis, som bliver udtaget til risikobaseret tilsyn, dette med henblik at hjælpe praksis til at blive bedst muligt forberedt til denne prøvelse. Som det gør sig gældende med akkrediteringsprocessen, klarer vores PLO-praksis sig også godt til stikprøvetilsynene.

Vores fyraftensmøde 30/1 med undervisning i OK18 med deltagelse af 230 læger og uddannelseslæger blev en stor succes. Særligt forløbsydelsen for KOL og DM blev grundigt belyst og drøftet. Dette nye ”all inklusive” honorar udfordrer vores mind set. Det bliver spændende at se, hvordan vores evaluering bliver, når det bliver tid til at gøre status. Et af de ubesvarede spørgsmål er, hvor mange af sygehusambulatoriernes patienter, der skal afsluttes til os, om nogen overhovedet. Måske bliver der derimod mere trængsel i specielt KOL-ambulatorierne, når omlægningen er fuldt implementeret i 2020.

### **Lægedækning og rekruttering**

Som vanligt kommer hermed en status over vores mandtal. Vi er i skrivende stund 301 praktiserende læger, hvor klassifikationen tilsiger 373, det vil sige, at vi mangler 72 praktiserende læger i Nordjylland.

Antallet af nordjyske borgere betjent af udbudsklinikker er steget lidt. Der er fortsat udbudsklinikker i Thisted, Hurup, Frøstrup, Brovst, Pandrup, Dronninglund og Frederikshavn, med i alt 15 kapaciteter og 29.421 patienter. Der er i dag tre regionsklinikker, Læsø med to kapaciteter og 1.767 patienter, Hjørring og Øster Jølby (projekt Nye Veje) med i alt fem kapaciteter og 6.876 patienter. I øjeblikket er der kun et midlertidigt regionalt drevet tilbud i Gedsted med ca. 1.000 patienter, da det er lykkedes at få nogle af disse klinikker tilbage i PLO-sporet. I forhold til sidste år er der samlet set sket en lille reduktion i det antal borgere i Region Nordjylland, der har et lægetilbud uden for PLO-sporet. I dag er det 39.073 borgere (mod tidligere 41.461). Det svarer til 6,7 pct.

Det nordjyske eksperimentarium ud i virksomhedsdrift er i fortsat udvikling, og mangt og meget inden for partnerskab er fortsat uprøvet. Lægemanglen gør PLO's konkurrencesituation umulig. Praksisdød de kommende år vil eventuelt føre til flere udbudsklinikker eller midlertidigt regionalt drevne lægetilbud. Det sidstnævnte har en nærliggende chance for at vende tilbage til at fungere som traditionelle PLO-praksis.

Vi har en mulighed for at præge den udvikling lokalt. I den sammenhæng ser jeg klyngerne som et vigtigt netværk, hvor vi kan hjælpe hinanden til at præge den udvikling. Kommunerne har en vigtig opgave i at medvirke til at tilvejebringe tidssvarende lokaler med plads til hjælpepersonale og uddannelseslæger og evt. klyngemøder.

De unge læger finder vores speciale attraktivt. Ved sidste ansøgningsrunde blev næsten alle intro- og blokstillinger besat, og vi forventer, at i næste runde bliver alle stillinger besat. En forudsætning for, at unge almen medicinere opdager det attraktive ved at blive PLO-praktiserende læge, er, at han/hun uddannes hos os og trives der. Lægeuddannelsen lægger det fundament, som vi bygger videre på, når vi deltager i videreuddannelsen. Derfor, bliv tutorlæge NU – eller skaf plads til endnu en uddannelseslæge.

### **Samarbejdet regionalt**

Vi har fået en lokalaftale med Aalborg Kommune med henblik på at befordre samarbejdet med kommunens akutsygeplejersker. Med en allonge til Akutaftalen har vi opnået aftale om en telefonkonferenceydelse for vores telefoniske konference (TKK) med kommunens akutsygeplejersker i hele kommunen. Forhåbentlig vil det lykkes at udbrede denne forbedring til alle nordjyske kommuner.

Udpegning af lægedækningstruede områder (LTO) i forhold til OK18's lempede regler for delepraksis og kompensation ved ansat læges sygdom/barsel er blevet fastlagt i Praksisplanudvalget i december måned. Vi har samtidig besluttet, at vi hver tredje måned foretager opfølgning og evt. justering, idet det er en kendsgerning, at mange områder er på nippet til at opfylde de opsatte kriterier for at være LTO.

Regionsrådsvalget har medført en del udskiftninger i de politiske udvalg. Som tidligere vil vi invitere politikere og embedsfolk på besøg i vores lægepraksis for at give dem et indtryk af vores praksishverdag.

### **Lægevagten**

Vi har genoptaget forhandlingerne med regionen om en ny lægevagtsaftale. Der er store gensidige ønsker til forbedringer, ambitionsniveauet er højt, og stemningen er god. Anerkendelsen af den helt store udfordring – lægemanglen - er gensidig. Den konkrete udmøntning af en bæredygtig aftale for lægevagten vil betyde væsentlige forandringer, og det har vist sig, at det meste af 2018 må i brug for at nå i mål.

Det er af største vigtighed, at fritagelse for behandlingssteds-gebyr for vagtlæger uden dagtidydernummer snart falder på plads. Yngre almen-medicinere/uddannelseslæger og tidligere praktiserende læger udgør 30% af bemanningen i lægevagten, og deres arbejdskraft kan vi ikke undvære.

Afslutningsvis en stor tak til sekretariatet, gode kolleger og andre, som gør det muligt for mig at bestride mit hverv i PLO.

\*\*\*\*\*

## **Skriftlig beretning fra PLO-Færøerne, ved formand Marjus Dam**

Der har de seneste år været store problemer med at bemande almen praksis på Færøerne. En årsag er, at sundhedsmyndighederne ikke har opprioriteret uddannelsen af yngre læger til almen praksis. Følgerne af dette bliver så naturligvis, at der bliver uddannet færre almen praktiserende læger, end der er brug for. Man har så forsøgt, fra myndighedernes side, at misbruge denne underbemanding til at retfærdiggøre en plan om, at alment praktiserende læger skal fast løn. Vi har fremført kraftigt, at det vil vi ikke. Samt at en fastlønsordning ikke skaffer flere læger, men derimod får flere læger til at sige deres stillinger op, samt at yngre læger fravælger almen praksis som arbejdsplads.

Efter overenskomstforhandlinger, der har været flere år, og som vi vurderede stod i stampe, følte vi os i KLF (PLO-Færøerne) nødsaget til at opsige overenskomsten, med virkning fra 1. maj 2018. Det skal nævnes, at vi før beslutningen havde et rundspørge blandt alle fastansatte kommunelæger på Færøerne. Der var 100 pct. opbakning til at opsige overenskomsten.

Vi ønsker, at vi får et forhandlingsresultat på plads, så vi kan arbejde for vores patienter uden at ramle ind i en strejke. Men hvis vi ikke kommer nogen vegne, så bliver vi presset ud i konflikt af vores modpart. Hvis det er betingelsen, så må det også håndteres. Vi har klaret meget, så det klarer vi også. Særlig når vi ved, at vi internt står sammen, samt at vi får en massiv opbakning fra vores kolleger i indland og udland.

KLF har været i gang med forhandlinger, hvor vi ønsker forbedringer i overenskomsten (der består af en tillempet Landsoverenskomst samt en overenskomst med Sundhedsministeriet på Færøerne). Vi vurderer, at denne kombination er god for patienter, almen praksis på Færøerne og for samfundet. Vi er helt sikre på, at en tiltrængt modernisering og tilpasning af Landsoverenskomsten til det færøske samfund vil tiltrække yngre læger til vores sektor.

Vi har argumenteret for den reelle virkelighed, at en lægeligt velbemandet, velkvalificeret primærsektor er en afgørende forudsætning for, at vi har en velfungerende sekundærsektor. En underbemandet primærsektor gør, at den økonomisk tunge sekundærsektor bliver belastet unødvendigt. Og det koster ved kasse 1.

Desuden har vi påvist, at flere arbejdsopgaver, uden at KLF er kontaktet, er blevet flyttet til os. Det gælder fx såkaldte ”opdateringer” af vores fælles it-system. Efter ”opdateringen” er der fx lavet flere nye henvisningsskabeloner, der kræver et relativt stort merarbejde hos os. Det vil sige, at vi har fået et uhonoreret ekstraarbejde. Det ønsker vi bliver honoreret nu og fremover. Hvis man fremover flytter arbejde til os, kræver vi, at KLF bliver kontaktet før, så honoreringen følger med det merarbejde, vi skal lave.

I overenskomster har vi krav, som koster. Vi vurderer, at vores arbejde skal aflønnes af vores arbejdsgiver, så vores arbejdsforhold, efteruddannelse, mulighed for forskning, pensionsforhold er på niveau med forholdene hos vores kolleger Danmark samt andre nordiske lande. Vi ønsker, at kvaliteten af vores arbejde skal være i top.

Desuden ønsker vi, at der kommer flere læger i almen praksis. Så vi fremover har et arbejde, der giver os mulighed for et liv ved siden af arbejdslivet. Når man arbejder i et underbemandet område i længere tid, er der kun tid til arbejde. Det kan og skal vi ikke byde os selv. Og samfundet skal aldeles ikke byde os et arbejdsliv uden liv. Derfor skal der uddannes speciallæger i almen praksis i

det antal, der er nødvendigt for at bemane sektoren med læger. Her må vi sige fra, for det gør regnearket ikke.

Dog kan regnearket i de rigtige hænder være et godt hjælpemiddel. For vi har med dette arbejdsredskab kunnet påvise, at primærsektor på Færøerne koster mindre end fx i Danmark. Derfor forventer vi, at vores relativt beskedne økonomiske krav bliver forhandlet på plads.

Vi har været i kontakt med PLO i Danmark. Når selve LO18 skal på plads, tillempet færøske forhold, har vi fået løfte om al hjælp. Og det er vi glade for.

Vi ønsker snarest at få en overenskomst på plads. Vores modpart siger, at de ønsker det samme. Så der er håb forude.

1. maj er lige om hjørnet.

\*\*\*\*\*