



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Formandsberetning

Skriftlig

**PLO's repræsentantskabsmøde den 25. november
2017**



Kristianiagade 12
2100 København Ø

Tlf 3544 8477
Tlf (direkte)

E-post plo@dadl.dk
E-post (direkte)

Fax 3544 8599
www.laeger.dk

Indhold

PLO's synlighed og dialog med øvrige sundhedsaktører	3
Rekruttering, lægedækning og dimensionering	4
Samarbejdet i Lægeforeningen	5
Samarbejdet med DSAM	6
Opgaveflytning til det nære sundhedsvæsen.....	6
Risikobaseret tilsyn	7
Akutbetjening og lægevagten.....	8
Praktiserende lægers samarbejde med kommunerne	8
Status på dataområdet	9
Implementering af EU-persondataforordningen	9
Etablering af "PLO's Kvalitets- og Forskningsudvalg"	10
Status på den systematiske efteruddannelse.....	11
Lægedage og markering af PLO's 50 års jubilæum	12
Skriftlig beretning fra PLO-Midtjylland, ved formand Lise Høyer.....	133
Skriftlig beretning fra PLO-Syddanmark, ved formand Jørgen Skadborg	16
Skriftlig beretning fra PLO-Nordjylland, ved formand Annemette Alstrup.....	18
Skriftlig beretning fra PLO-Hovedstaden, ved formand Karin Zimmer.....	21
Skriftlig beretning fra PLO-Sjælland, ved formand Ulrik Hesislev	25
Skriftlig beretning fra PLO-Færøerne, ved formand Marjus Dam	27

Indledning

Kære repræsentantskab.

Med vedtagelsen af den nye overenskomst (OK18) tegner fremtiden for almen praksis noget lysere og mere positiv, end den har gjort længe. OK18 er på ingen måde en mirakelkur, der får alle problemer til at gå væk – slet ikke. Vi har fx stadig store udfordringer med lægemangel, der skal løses, og vi har et arbejdspress på mange læger, der ikke kan fortsætte.

Ikke desto mindre er det bestyrelsens faste overbevisning, at vi i dag står et helt andet sted end for både et, to og tre år siden. Indholdet i OK18, og ikke mindst den tydelige opbakning til aftalen, giver os et rigtig godt fundament, og det kan vi godt tillade os at være tilfredse med.

Vedtagelsen af OK18 betyder også, at en stor del af bestyrelsens og sekretariatets arbejde vil få et andet fokus. Igennem længere tid har en meget stor del af vores energi været fokuseret på arbejdet med OK18. Nu går vi ind i en ny fase, hvor en stor del af vores arbejde vil handle om, sammen med jer, at gennemføre de mange nye tiltag, der er indeholdt i OK18. Det vil også afspejle sig i indholdet af dette repræsentantskabsmøde.

Formandens beretning indeholder naturligvis en oversigt over de vigtigste politiske emner i PLO i de forgangne seks måneder. Jeg har dog valgt ikke at komme med en lang redegørelse om tilblivelsen af OK18, heller ikke om indholdet, dets fordele og ulemper, og ikke mindst det store arbejde, der ligger foran os.

Det er mit indtryk, at repræsentantskabet har sat sig særdeles godt ind i aftalens indhold og en gennemgang af selve forhandlingsforløbet hører ikke til her.

Det er dog ingen hemmelighed, at forhandlingsforløbet om OK18 var en meget lang og meget kompleks proces. Det var også en meget lukket proces.

Hvis vi skruer tiden lidt tilbage, så startede dette informationstomrum i november sidste år, og det sluttede først den 14. september i år.

Jeg er overbevist om, at jeres tålmodighed og den tillid, vi oplevede i de mange måneder, reelt har haft en positiv effekt på forhandlingerne og på forhandlingernes resultat. Jeg vil derfor godt indlede denne beretning med at sige jer tak for, at I udholdt dette informationsunderskud.

Pludselige ændringer i dagligdagen er en udfordring for os alle, og de seneste måneders bratte overgang fra nærmest ingen information til pludselig store mængder af information har allerede vist sig at være en udfordring.

PLO-C har i sagens natur været meget foran repræsentantskabet og de fem sekretariater, når det handler om indsigt i OK18, og hvad planen er nu. Jeg håber, at I oplever, at det begynder at udjævnes, og jeg håber, at dette møde yderligere vil indsnævre det videns-gab, der er og har været mellem PLO-C og PLO-R.

PLO's synlighed og dialog med øvrige sundhedsaktører

PLO oplevede i det lange forhandlingsforløb med RLTN en mærkbar opbakning fra en række aktører med indflydelse på sundhedspolitikken og sundhedsdebatten i Danmark. Vi står ikke alene med ønsket om at styrke og udvikle almen praksis, også selv om der naturligvis er forskellige motiver bag dette ønske.

Samtidig har PLO selv bidraget med relevante fakta og nærmest månedlige "PLO-analyser" om almen praksis, der har kvalificeret debatten om det nære sundhedsvæsen.

PLO vil fortsætte dette arbejde. Det har været vores erfaring, at både vores samarbejdspartnere, politikere, pressen og befolkningen har stor interesse i disse fakta fra vores del af sundhedsvæsenet, og det er ikke sjældent, at disse tal og kurver har overrasket vores omgivelser om tingenes tilstand. Enkelte gange har tallene også overrasket os selv...

De sidste tre år har PLO valgt at have vores eget telt med debatarrangementer på Folkemødet på Bornholm. PLO's deltagelse på Folkemødet har sin helt egen historie og baggrund, tilbage fra 2013, og fra 2015 havde vi for første gang vores eget telt. Mange ansatte, tillidsfolk og medlemmer har lagt meget arbejde i dette. Vi har fået meget positiv respons på vores arrangementer, men dels er det meget ressourcekrævende at have sit eget telt, og dels har vores formål med Folkemødet ændret sig lidt fra år til år. Bestyrelsen har derfor besluttet, at vi til sommer ikke skal have vores eget PLO-telt, men i stedet vil leje os ind andre steder til et lavere antal debatmøder.

Samtidig vil vi forsøge at gå sammen med andre organisationer om fælles debatarrangementer – sådan som vi også gjorde det i år, hvor PLO havde fælles debatter med Kræftens Bekæmpelse, Diabetesforeningen, Danske Regioner og KL.

Rekruttering, lægedækning og dimensionering

Som nævnt i beretningen op til forårets repræsentantskabsmøde blev der i februar 2017 indgået et bredt politisk forlig om bedre lægedækning, der følger op på anbefalingerne fra Lægedækningsudvalget. Der er nu fremsat et egentligt lovforslag, der bliver behandlet af Folketinget i dette efterår.

PLO har sammen med Lægeforeningen fremsendt et høringssvar, der er kritisk over for flere dele af lovforslaget, som desværre trækker i den gale retning.

Det er således en dårlig idé at forlænge den fireårige periode, hvor regionerne kan drive regionsklinikker, til seks år. Og det er uheldigt, når regionerne nu kan ansøge "om etablering af forsøg med nye organiseringsformer" i områder med lægedækningsproblemer, fx ved at oprette almen-medicinske regionsklinikker på sygehuse. Det første eksempel på en sådan almen-medicinsk sygehusklinik har vi allerede set på Bornholm.

Det er tiltag, der sender et forkert signal, og som giver regionerne en uheldig tre-dobbelt rolle som både ansvarlig myndighed, forhandlingsmodpart til de praktiserende læger og driftsherre med et alternativt almen-medicinsk tilbud til borgerne.

Lægeforeningen har også i sit høringssvar kritiseret, at lovforslaget, med Ugeskriftets ord, baner vej for "kvotekonger" blandt praktiserende læger. Læger får med lovforslaget adgang til at kunne

erhverve op til seks ydernumre i almen praksis, som på ethvert frit marked. I værste fald vil det betyde, at kapitalstærke klinikker kan overbyde yngre speciallæger i almen medicin i kampen om de attraktive ydernumre. Dermed vil den traditionelle struktur i primærsektoren blive brudt op, og det virker ikke helt gennemtænkt. Man kunne have ønsket sig, at ændringen kun skulle gælde i de områder af landet, hvor der er mangel på praktiserende læger.

PLO vil sammen med Lægeforeningen fortsætte med at gøre Folketinget opmærksom på, at manglen på praktiserende læger ikke løses gennem nye organisationsformer, der reelt bare flytter rundt på de praktiserende læger, og som risikerer at skabe usikkerhed om fremtiden blandt yngre og kommende praktiserende læger.

I stedet er der brug for, at samfundet uddanner væsentligt flere speciallæger i almen medicin. Det er nu engang den eneste, langsigtede løsning på lægemanglen i vores del af sundhedsvæsenet. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse øger antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin med 18 i perioden fra 2018-2020. Det er naturligvis et positivt skridt, men det svarer slet ikke til det fremtidige behov. Ambitionsniveauet bør hæves yderligere, og det vil PLO fortsætte med at presse på for.

PLO vil også presse på for, at de fornuftige tiltag, der var med i rapporten fra Lægedækningsudvalget, rent faktisk bliver udmøntet. Det gælder fx anbefalingen om, at alle speciallæger i deres KBU skal ud i almen praksis, og at medicinstuderende i endnu højere grad skal møde almen praksis i deres studietid.

Samarbejdet i Lægeforeningen

Lægedækningsudvalget – og den efterfølgende lovgivningsproces – samt arbejdet omkring dimensioneringsplanen for speciallægeuddannelsen er to eksempler på sager, hvor PLO har haft gavn af at være en del af en stærk, fælles forening. Vi har i de senere år generelt mærket en flot opbakning fra Lægeforeningen til, at der er behov for at styrke almen praksis. Det har stor værdi, når vi i konkrete sager af betydning for almen praksis har en samlet Lægeforening i ryggen.

Lægeforeningens bestyrelse tog sidste år sammen med PLO, YL og FAS hul på et fælles strategiprojekt, der skal se på, hvordan vi kan få endnu mere ud af at være i en fælles forening. Projektet er stadig i en indledende fase, hvor vi primært bruger tid på at ridse udfordringerne op. 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 med endnu større styrke, end det sker i dag. Det vil ske med behørig inddragelse af alle tre delforeninger. Det er forventningen, at Lægeforeningens bestyrelse på Lægemødet i 2018 kan præsentere et oplæg, der giver et grundlag for en diskussion af, hvor Lægeforeningen skal bevæge sig hen.

PLO har sammen med den øvrige Lægeforening i begyndelsen af året fået en ny hjemmeside og et nyt medlems- og IT-system med en større grad af selvbetjening. Den nye hjemmeside er væsentligt mere moderne i sit udtryk, og den er langt mere velegnet til at blive vist på tablet eller telefon. Der er gennemført en brugerundersøgelse, der tyder på, at generelt er tilfredshed med den nye hjemmeside blandt medlemmerne.

Samarbejdet med DSAM

Som så meget andet har vores samarbejde med DSAM også været lidt hæmmet af, at PLO har været så optaget af de langvarige aftaleforhandlinger. Jeg synes allerede, at vi nu kan mærke, at relationen er ved at blive genskabt.

DSAM har haft et meget fint fokus på, at vi i al den snak om ”vækst”, ”opgaveflytninger” og ”uddelegering på grund af lægemangel” ikke overser den måske vigtigste værdi af almen praksis, nemlig kontinuiteten i læge-patient-relationen og den praktiserende læges evne til, sammen med patienten, at træffe den beslutning, der er den rigtige for lige præcis denne patient. Den påmindelse har PLO nok behov for en gang imellem.

Et andet fælles interessepunkt er deling af vores journaldata med resten af sundhedsvæsenet. Begge foreninger ser gode forbedringsmuligheder på dette område, især for de patienter, der følges i sygehusvæsenet og i kommunerne.

Men vi ser også nogle faldgruber, og vi har lidt udfordringer i at få andre til at se disse faldgruber. Måske handler det i virkeligheden om, at det øvrige sundhedsvæsen primært behandler ret syge mennesker, mens vi ser en masse variationer over det normale, og vi ser en masse, der kun er let og kortvarigt syge.

Jeg håber, at DSAM og PLO i fællesskab kan fremme dette budskab.

Opgaveflytning til det nære sundhedsvæsen

I efteråret 2015 nedsatte regeringen et udvalg, der skulle komme med anbefalinger om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. I juni i år fremlagde udvalget sin rapport, og med afsæt i udvalgets anbefalinger er det regeringens hensigt at fremlægge et konkret politisk udspil i løbet af denne folketingssamling. Forventningen er, at udspillet især vil fokusere på de ældre og de kronisk syge.

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby løftede i august lidt af sløret for regeringens planer, da hun anførte, at der skulle flyttes opgaver for 4 mia. kr. fra sygehusvæsenet til det nære sundhedsvæsen. Vi mangler at se nogle mere konkrete planer for, hvad det betyder for almen praksis, men vi bidrager naturligvis med de tanker, som vi selv gør os, og understreger, at en opgaveflytning bør ske i et naturligt samarbejde mellem sygehuslægerne og os.

En af vores bekymringer går på, om man forestiller sig, at man blot flytter konkrete sygehusopgaver fra specialuddannede læger og sygeplejersker ud til almen praksis. Det kan formentlig lade sig gøre på enkelte områder, som vi har set det med KOL og T2DM.

Men de mere strukturerede tanker om at styrke almen praksis, som vi ser mange steder i verden omkring os, går ikke bare ud på at flytte konkrete opgaver fra sygehuse til det nære sundhedsvæsen. Tankerne går på, at hvis sundhedsvæsenet stadig skal være et fælles velfærdsgode, som vi har råd til, så kan vi ikke behandle os ud af problemerne. Så skal vi forebygge, være dygtige til at diagnosticere, sætte ind, før sygehusbehandling bliver nødvendig, og hjælpe de borgere, der kommer fra sygehuset, bedre end vi gør i dag.

Det er en version af ”opgaveflytning”, som vi håber, at landets ansvarlige sundhedspolitikere og embedsmænd tager med i deres planer.

PLO er gået i dialog med regeringen om en bedre indsats for borgere med psykiske lidelser og ikke mindst borgere i psykisk mistrivsel. Udfordringerne med kontakt til de psykisk syge er en velkendt problemstilling, mens antallet af borgere i psykisk mistrivsel udgør en fortsat stigende gruppe i almen praksis. Derfor har PLO også en interesse i at bidrage og derved præge indsatsen over for denne patientgruppe.

Risikobaseret tilsyn

Siden sidste ordinære repræsentantskabsmøde har Styrelsen for Patientsikkerhed påbegyndt det risikobaserede tilsyn i almen praksis. Før sommerferien fik de første klinikker besøg af styrelsen. En stor del af klinikkerne var udtaget på baggrund af en liste over klinikker, der var klaget over, men ikke nødvendigvis udtalt kritik af.

Op til udtagelsen af de første klinikker havde PLO appelleret til Styrelsen for Patientsikkerhed om, at de fokuserede på klinikker, der allerede var akkrediteret. Dette synspunkt blev i første omgang imødekommet, men da de første udtagelsesbreve kom, kunne PLO konstatere, at det alligevel ikke var tilfældet.

Det risikobaserede tilsyn er nyt for alle. Det er nyt for os i PLO, men vi mærker også, at det er nyt for styrelsen. Det kommer til udtryk i både udvælgelsen af klinikkerne, den skriftlige og mundtlige kommunikation fra styrelsen og selve besøgene. Det skal dog understreges, at den generelle tilbagemelding fra klinikkerne har været, at der i store træk bliver fokuseret på relevante forhold.

Langt hovedparten af de klinikker, der har haft et risikobaseret tilsynsbesøg, får efterfølgende bedømmelsen ”Få forhold af betydning for patientsikkerheden”. Et par enkelte klinikker har fået kategorien ”Problemer af betydning for patientsikkerheden”, og en enkelt klinik, der fik besøg efter sommerferien, har fået kategorien ”Ingen forhold af betydning for patientsikkerheden”.

Der har været nogle målepunkter, som en stor andel af klinikkerne har fået ”ikke opfyldt” på. Det gælder eksempelvis omkring ordination af afhængighedsskabende medicin, hvor der som udgangspunkt er krav om personligt fremmøde i forbindelse med hver enkelt ordination.

De særlige målepunkter, hvor mange klinikker har fået ”ikke opfyldt”, har givet anledning til drøftelser mellem PLO og Styrelsen for Patientsikkerhed. Dialogen har været positiv og har blandt andet ført til, at styrelsen har meddelt, at den kommer med en fortolkning af kravet om informeret samtykke.

Sekretariatet arbejder med at stykke et medlemstilbud sammen til de medlemmer, der bliver udtaget til risikobaseret tilsyn. PLO valgte ekstraordinært at tilbyde de først udtagne klinikker en bisidder fra deres regionale PLO. Det kan vi ikke tilbyde fremover, men vi overvejer, om vi fortsat kan tilbyde det, når særlige forhold gør sig gældende. Desuden fokuseres der på at skabe en mulighed for mere systematisk kollegasparring med de kolleger, der allerede har haft et risikobaseret tilsyn.

I oktober kom målepunkterne for 2018. PLO vil fortsat arbejde for, at målepunkterne i højere grad kommer til at afspejle virkeligheden i almen praksis.

Akutbetjening og lægevagten

Den nuværende mangel på praktiserende læger har også stor betydning for forholdene i lægevagten. Siden sidste repræsentantskabsmøde har der været politiske diskussioner både i Region Nordjylland og Region Sjælland om lukning af lægevagts-konsultationssteder. Begge steder er det PLO, der har rejst en diskussion om, at når antallet af vagtlæger falder, så er det i længden nødvendigt at tilpasse strukturen vedrørende konsultationssteder. Selv om lydhørheden herfor ikke umiddelbart har været stor, lykkedes det faktisk i Region Nordjylland at indgå en aftale med regionen, der betyder, at vi kan reducere antallet af læger på vagt og dermed reducere den samlede vagtbelastning. Og i Region Sjælland er der en positiv dialog med regionen om mulige tilpasninger, herunder udbudsklinikkernes deltagelse i vagten.

Vi har i det hele taget lov til at forvente, at den nye overenskomst vil medføre, at udbuds- og regionsklinikkerne bidrager med læger til vagten, i de områder, hvor det er svært at finde læger, og at de pågældende læger derved kan aflastes.

Sundhedsstyrelsen har iværksat en undersøgelse om akutfunktionen i Danmark. Heri indgår en sammenligning af de fem regioners vagtordning. Den ser vi naturligvis frem til at læse. Vi har ansvaret for fire af de fem regioners lægevagt, og vi vil naturligvis læse rapporten med et ønske om at give borgerne en faglig god og samtidig økonomisk forsvarlig lægevagt.

Vi er også spændt på at se, hvilke kriterier Sundhedsstyrelsen lægger til grund for evalueringen, og hvordan de vægtes. Det er indlysende, at sammenligningen med Region Hovedstadens 1813 bliver interessant at se.

Det er nu snart fire år, siden 1813 blev lanceret i Region Hovedstaden. Regionen er jo fortsat overbevist om, at deres struktur er den rigtige, til trods for at stort set alle sundhedsfaglige personer og organisationer har kritiseret den. Det er naturligvis regionens ret at fastholde 1813 i dens nuværende form, men vi vil alligevel håbe på, at et nyvalgt regionsråd vil se fordomsfrit på andre muligheder. PLO vil fortsat meget gerne bidrage til dette.

Praktiserende lægers samarbejde med kommunerne

I foråret 2017 udgav Sundhedsstyrelsen kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Disse standarder angiver, at alle kommuner skal etablere en akutfunktion, hvilke opgaver akutfunktioner skal kunne varetage, og hvilke de ikke bør varetage, samt de kompetencer, som skal være til stede. Standarderne er desværre ikke entydige, når det gælder den lægefaglig bistand til borgere, der modtager hjælp fra den kommunale akutfunktion.

At der ikke er en entydig placering af det lægelige ansvar i forhold til patienter, som modtager hjælp fra kommunale akutfunktioner, er baggrunden for, at PLO i den kommende tid vil forsøge at arbejde videre med lokale aftaler, hvor der bl.a. kan ske en afgrænsning af det lægelige ansvar for praktiserende læger. Dette fordi PLO er bevidst om, at flere og flere praktiserende læger kan forvente at blive kontaktet af personale fra akutfunktionerne i takt med funktionernes udbredelse i kommunerne.

Det er også værd at nævne, at reglerne om delegation af lægeforbeholdt virksomhedsområde til en medhjælp skal revideres for at sikre øget patientsikkerhed. Lægeforeningen, herunder PLO, har allerede være involveret i arbejdet og har mødt stor lydhørhed. Derfor ser PLO også spændt frem til det lovforslag, som Folketinget forventes at behandle i foråret 2018. Reglerne om brug af medhjælp

er ikke let stof, og PLO's medlemmer vil blive orienteret nærmere i bl.a. PLO'orientering, når lovgivningen er på plads.

Status på dataområdet

Efter DAMD-sagen opstod der en myte om, at almen praksis holder på sine data. At vi ikke vil dele data med nogen. Selv om dette er en myte og ikke korrekt (for der sendes jo massive mængde af data ud og ind af vores klinik hver eneste dag), så må vi sige, at med OK18 er almen praksis for alvor "back in the data-business"!

Ved siden af nye tiltag så som digitale forløbsplaner, hvor patienten får adgang til egne data fra journalen, udgør den såkaldte milepælsplan (bilag 7 i OK18) et vigtigt omdrejningspunkt på dataområdet. Denne plan gennemføres i resten af 2017 og igennem 2018 og skal sikre, at almen praksis igen bidrager med kvalitetsdata til kvalitetsudvikling af bl.a. de store kronikerområder.

En vigtig forudsætning for at få genetableret indberetningen er opbygningen af en ny, teknisk indberetningsfunktion i hvert af journalsystemerne, så kun de relevante data sendes direkte fra journalsystemet til den landsdækkende diabetesdatabase. Tidligere benyttede vi Sentinel. Fremover vil funktionen være en del af vores journalsystem, bygget ind af systemhuset med den vigtige tilføjelse, at de indberettede data også skaber værdi for klinikken i form af 'kvalitetsrapporter'. Som vi kender det fra tidligere.

Med Sentinel var det DAK-E, som byggede skærbillederne omkring pop-up og kvalitetsrapporter. Nu er det systemhuset, som laver de visuelle præsentationer i it-systemet. Det betyder, at selve indberetningsfunktionen og kvalitetsrapporterne er bygget tættere sammen med it-systemet, men det betyder også, at disse funktioner ser forskellige ud fra systemhus til systemhus. Hvis man ikke synes, systemhuset har ramt plet i første hug med hensyn til fx kvalitetsrapporterne, er det en god idé at tage dette op i systemhusets brugergruppe eller at tage kontakt til systemhuset eller PLO.

Det er også vigtigt at understrege, at den nye indberetningsfunktion kræver en mere aktiv handling fra klinikkens side. I modsætning til tidligere, hvor data forlod klinikken automatisk, skal klinikken nu selv trykke 'indberet' – så der er fuld åbenhed om, hvilke data som sendes ud af klinikken.

Etableringen af den nye indberetningsfunktion via systemhusene betyder også, at Sentinel Datafangstmodulet ikke kommer tilbage i almen praksis. De steder, hvor Sentinel ikke allerede er afinstalleret, kan det ske nu.

I begyndelsen af oktober, hvor to af systemhusene var teknisk klar med indberetningsfunktionen, blev der indberettet knap 1500 diabetespatienter. Til sammenligning blev der imellem 2013 og 2014 indberettet knap 35.000 patienter fra almen praksis. I takt med, at det i løbet af november bliver muligt for alle klinikker at begynde at indberette, bør det samlede antal af indberetninger stige og gennem de kommende kvartaler få en god tilvækst.

PLO og RKKP vil følge udviklingen nøje, og for at hjælpe klinikkerne godt i gang arbejdes der aktuelt på informationsmateriale og vejledninger.

Implementering af EU-persondataforordningen

På forårets repræsentantskabsmøde talte vi om PLO's arbejde med EU-databeskyttelsesforordningen, der træder i kraft 25. maj 2018. Bestyrelsen har sammenlignet med

andre organisationer af selvstændige lagt et ret højt ambitionsniveau, som gør, at medlemmerne tilbydes:

A) Dataoversigt, der viser, hvilke oplysninger klinikken ligger inde med om patienten, hvordan disse data behandles i klinikken, og hvilke andre aktører data deles med, herunder hvad hjemlen er for videregivelse.

B) Standarddatabehandleraftale med systemhuset, henholdsvis særftaler for nationale formål. I tilknytning hertil en løsning, der muliggør administration og overblik over indgåede databehandleraftaler.

C) Køreplan for, hvordan medlemmet i forbindelse med et evt. kontrolbesøg fra myndighederne godtgør sin dataansvarlighed, altså at der er levet op til kravene.

Bestyrelsen holdes løbende orienteret på et overordnet niveau, mens IT- og dataudvalget er ad-hoc følgegruppe.

Siden foråret er der arbejdet videre med projektet, og nye tiltag er sat i søen:

- Der har i foråret været nogle få sager om datasikkerheden i almen praksis. De involverede systemhuse har i disse tilfælde vist sig at have betryggende sikkerhedssystemer, men det ændrer ikke på, at det er nødvendigt som led i arbejdet med at bringe PLO's medlemmer i overensstemmelse med de nye og skrappe regler at få afdækket, om alle systemhuse lever op til et højt fremtidigt sikkerhedsniveau.

- I samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet er der i efteråret foretaget en såkaldt tryktest af systemhusene. Det overordnede billede er, at niveauet er højt. Vi har et godt samarbejde med it-leverandørerne og drøfter tilretninger. Det it-sikkerhedsfirma, som lavede testen, har også kortlagt it-sikkerheden i en række praksis. På dette punkt skal der arbejdes en del videre for at sikre, at medlemmerne er klædt på til opgaven med at passe bedre på patienternes data.

- PLO udarbejder diverse støttemateriale til klinikkerne, så de kan få bedre overblik over, hvilke tiltag der skal til for at leve op til de nye krav. For visse klinikker vil det nok være nødvendigt at bruge flere ressourcer på it-sikkerheden.

Som nævnt på efterårets medlemsmøder i forbindelse med OK18 skal den øgede basishonorering da også delvist gå til at finansiere disse tiltag. Fra PLO's side har vi så valgt at arbejde på at minimere medlemmernes udgifter ved at tilbyde standarddokumentation, databehandleraftaler mv.

Man kommer ikke uden om, at de nye og strenge strafbestemmelser efter forordningen er en del af motivationen til at forbedre niveauet for databeskyttelse. PLO har sammen med Lægeforeningen arbejdet målrettet på, at vores medlemmer ikke skal diskrimineres sammenlignet med regionsklinikker. Det er derfor meget tilfredsstillende, at forslaget til en ny databeskyttelseslov indeholder strafbestemmelser også over for offentlige myndigheder.

Etablering af ”PLO's Kvalitets- og Forskningsudvalg”

Lægefagligheden har altid været indlysende vigtig for PLO. Indholdet i OK18 og etablering af

Fonden for almen praksis i OK14 har kun understreget behovet for, at PLO skal indeholde en meget stærk faglighed, naturligvis i samarbejde med DSAM.

Vi kommer heller ikke uden om at praktiserende læger ikke længere kun konkurrerer med andre praktiserende læger under samme vilkår. I disse år ser vi en lang række andre initiativer, der dybest set udfordrer den praktiserende læge som grundlaget for danskernes indgang til sundhedsvæsenet. Vi ser udbudsklinikker og regionsklinikker. Vi ser 1813, og vi ser en række private initiativer, som rækker ind over de praktiserende lægers arbejdsområder.

Vi hilser konkurrence velkommen. Vi er lidt kede af, at disse alternativer har helt andre økonomiske vilkår end de praktiserende læger, men vi er helt overbeviste om, at ikke kun økonomien, men i høj grad den lægefaglige kvalitet, er til de praktiserende lægers fordel.

Det er en baggrundene for, at vi har nedsat et kvalitets- og forskningsudvalg, der kommer til at arbejde meget tæt på bestyrelsen, tæt på arbejdet i Fonden og tæt på arbejdet i det nye kvalitetsprogram. Dertil vil udvalget stå for den politiske kontakt til myndighedernes tilsynsvirksomhed.

Udvalget er allerede i gang – også på det område er der nok at tage sig til.

Status på den systematiske efteruddannelse

Udbuddet af systematisk efteruddannelse har været støt stigende det sidste halve år. Vi har dog stadig et stykke vej endnu, inden alle læger kan tilmelde sig kurser under den systematiske efteruddannelse. Udfordringen har været vanskeligheder med at tiltrække kursusledere, men der er nu lagt en plan for, hvordan vi får fuld kapacitet i løbet af det næste år.

Én af brikkerne i denne plan er udviklingen af en gruppebaseret systematisk efteruddannelse – kaldet SGE-ordningen. Det er en videreudvikling af den velkendte DGE-ordning, som langt de fleste læger allerede deltager i. De første evalueringer af denne form for systematisk efteruddannelse har vist meget positive resultater, og vi forventer, at mange læger fremover vil gennemføre deres systematiske efteruddannelse i denne form for gruppebaseret efteruddannelse.

Et krav til den systematiske gruppebaserede efteruddannelse er, at der er en facilitator, der kan sikre, at gruppen får drøftet alle de relevante problemstillinger inden for de enkelte temaer. Fonden for Almen Praksis har derfor valgt at betale kursusudgifter til en nyudviklet facilitatoruddannelse samt betale et forhøjet bidrag til tabt arbejdsfortjeneste for dem, der deltager. Indtil dato er der knap 150 læger, der har gennemført denne uddannelse.

Udover dette initiativ har der været en række drøftelser mellem PLO-Efteruddannelse og de regionale KEU- og KAP-enheder om at øge udbuddet af kurser regionalt. Desværre er der enkelte regioner, der har haft meget svært ved at skaffe kursusledere. Hvad der er en endnu større bekymring er, at der faktisk også har været kurser, udbudt af de regionale enheder, som har haft mange ledige pladser. Vi øger derfor nu kommunikationsindsatsen centralt omkring de regionale muligheder for at gennemføre systematisk efteruddannelse.

Endeligt skal fremhæves den logbog for efteruddannelse, som blev implementeret for et års tid siden. Det er en stor glæde at se, at stadig flere læger benytter sig af denne og giver positiv feedback

på, at det giver dem et bedre overblik over deres efteruddannelse. Såvel den systematiske som den selvvalgte.

Lægedage og markering af PLO's 50 års jubilæum

Lægedage 2017 ser ud til igen at blive et stort tilløbsstykke. I skrivende stund – før Lægedage har været afholdt – har ca. 3000 deltagere meldt sig til.

Årets tema for Lægedage er: Almen praksis – en del af en helhed. Det afspejler, at den praktiserende læge er nøglepersonen i at sikre bedre sammenhæng for patienten på tværs af sektorer, fordi vi er borgernes indgang til det samlede sundhedsvæsen. Vi vil gerne bidrage til at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. For at vi skal lykkes med at skabe mere sammenhæng for patienterne, kræver det, at vi arbejder med relationer hele vejen rundt.

Det kan tage form af mere samarbejde på tværs af praksis, i netværk, klynger eller lignende, hvor man måske også deler personale, eller i form af tættere relationer til fx plejehjem, kommunale tilbud og lignende.

Ved Lægedage 2017 skal vi også fejre PLO's 50 år jubilæum. Jubilæet og Lægedage ligger tidsmæssigt tæt på hinanden, og Lægedage er den begivenhed, hvor flest praktiserende læger er samlet, så det er naturligt, at fejringen sker her. Der vil blandt andet blive holdt en festtale for PLO, der vil være forskellige hilsener, og PLO vil blive fejret med pyntede kager og chokolader alle dage på Lægedage.

Skriftlig beretning fra PLO-Midtjylland, ved formand Lise Høyer

Nu skulle man jo tro, at beretningen denne gang blev meget kort – men selv om OK-forhandlingerne har bevirket aflyste møder i Praksisplanudvalget, og alle har afventet en national aftale for at komme videre regionalt – så har vi alligevel benyttet ventetiden til at arbejde med tanker, der kunne lede til nye aftaler regionalt, og også Medicin i Midt og tidlig opsporing af kræft i praksis. Og alt imens så går livet jo videre i det store sundhedsvæsen og i de enkelte klinikker med de opgaver, det så giver. Så vi har ikke kedet os. Men nu kan vi så med en OK18 i hånden komme rigtigt i gang igen, og det glæder vi os til.

Der var 380 fremmødte til det ekstraordinære møde om landsoverenskomsten, hvor Christian Freitag gjorde grundigt rede for detaljerne i aftalen. Mange spørgsmål omkring håndtering af kronikerydelsen for diabetes og KOL, lidt om sygebesøg og fravær af midler til lægevagt, hvorfor det nu er noget billigere at få en lægelig vurdering i vagttid end i dagtid. Det vil vi arbejde lidt videre med regionalt. Men en god stemning og stor interesse og ros til arbejdet.

Urafstemningen viste som bekendt et tydeligt ”ja” til OK18, hvor Midtjylland havde en ja-procent på 86,9.

Blodprøvesagen

Regionen hjemtog pr. 1. juli 2016 blodprøver til sygehusene som led i en spareøvelse på almen praksis-området. Der er kommet en evaluering af ændringen. Den besparelse, man havde regnet med, er reduceret fra 13 til 8,9 mio. kr. Vi havde på forhånd informeret om, at 90.000 blodprøver færre ikke var 90.000 konsultationer + 2101 sparet, men at patienterne får kigget på et eksem eller en skulder og derfor kommer alligevel. Samtidigt konkluderede man også, at både service og mobilordning skal udvides, hvilket vi også antager koster penge.

Regionen er enig med os i, at det er en serviceforringelse alt i alt for borgerne, og visse regionsrådspolitikere har også været stærkt imod denne forringelse. Vi er i dialog med regionen om, hvorvidt der er nogle enkelte grupper, der igen ville kunne få taget blodprøver hos egen læge. Vi har foreslået frit valg for alle blodprøver - det mener vi er på patientens præmisser.

Vi kan glæde os over, at der ikke det kommende år er nogen planlagt besparelse på almen praksis-området i regionens budget, hvilket giver lidt ro på, så vi kan bruge tiden på noget mere konstruktivt.

Medicin i Midt er skudt godt i gang. Vi har fået god respons fra dem, som har løst første step. Blandt andet, at der er mulighed for at starte med nogle overskuelige opgaver og lære metoden. Men mange har nok projektet liggende i skuffen på grund af travlhed, og vi følger op.

Plejhjemslæger er allerede godt i gang i nogle kommuner, mens man i andre kommuner slet ikke har startet processen. Endelig er der kommuner, hvor der ikke var en eneste ansøger, fx Horsens i sommer. Vi mener også, at timingen kunne have lidt at sige, og at stillingerne bør annonceres igen. For de steder, hvor det er gået i gang, har vi fået positive tilbagemeldinger fra kolleger i forhold til arbejdstilfredshed og samarbejdsflader med plejepersonale. Fast læge på bosteder er næste skridt, vi skal i gang med.

Risikobaserede tilsyn

Der har været 15 tilsyn i Region Midtjylland fra 30. maj og til nu. PLO-Midtjylland var bisidder i de første fem for at sikre både viden om, hvordan tilsyn forløb, og også at sikre, at tilsyn var rimelige, da pejlemærker fra styrelsen er noget vidtgående i forhold til, hvordan en praktiserende læge arbejder. Vi vil følge det tæt fremad også og tilråde, at man lokalt også støtter op, såfremt der er brug for bisidderfunktion. Der evalueres centralt, lidt forsinket på grund af OK, også for at justere forventninger og erfaringer på de tilsyn, der følger.

Ældre aftale

Vi arbejder stadig på, om vi kunne få lavet en styrket indsats omkring de ældre med en ældre aftale - og vi har mødtes med regionen for at dele tanker, hvad angår hele spektret fra den friske ældre til den terminale ældre. Noget af det, som vi især mener kunne give mening i vores dagligdag, og som kunne være et godt værktøj, er en særlig telefonkonsultation med hjemmeplejen/akutteam, a la K-TK fra Randers, hvor man kan tage 129 kr. op til x 3, for vi ved, at disse fremskudte samarbejder, der kunne forebygge en indlæggelse, er særligt tidskrævende. Men vi arbejder også med forebyggende indsatser og bedre koordinering af opgaver omkring de ældre.

Rekruttering

Der har været god opbakning omkring medicinstuderende i klinikophold, og det vil vi fortsætte med at have fokus på. Vi vil også øge opmærksomheden på at have en medicinstuderende ansat som medhjælper i praksis. Det har også været muligt langt væk fra Aarhus, når den medicinstuderende kommer på sommerferie i hjembyen. Der er ikke så mange FADL-vagter at få, så det er attraktivt at få arbejde i almen praksis.

Der har været annonceret nulydnumre i Herning, Skive, Hedensted og Horsens, og kun i Skive er det solgt. Der er søgt lokale løsninger, og planen er ny annoncering.

De tre udbudsklinikker blev også annonceret, og Sunds kom igen på PLO-hænder. De to andre er private udbydere og er forlænget, og de bliver annonceret igen ved udgangen af 2018. Vi vil opfordre til, at man lokalt er opmærksom på muligheder - vi vil gøre det, vi kan, for at forebygge nye udbud.

Ellers foreligger PLO-M's input til rekruttering på den korte og den lange bane fortsat, og det skal forelægges i regionsrådet, da der skal afsættes midler til nogle af tiltagene. Blandt andet er det foreslået, at indtægter fra salg af nulydnumre skal gå til rekruttering. Det kan blive interessant, når Aarhus på et tidspunkt skal have flere nulydnumre. Men lad os nu se.

Vi har fået mange kontakter fra delepraksis etableret før 2014, som mister den automatiske ret til delepraksis ved en fremtidig handel. De delepraksis, som har fået tilladelse via samarbejdsudvalg i løbet af 2017 til fortsat delepraksis ved handel inden for et år, har stadig denne tid, som de har fået at vide af samarbejdsudvalget, at løbe på.

Psykiatri

Høringsplan skal implementeres, og vi har inviteret os selv med til planmøde. Endvidere kommer kommunerne med et udspil om samarbejdet. Det er et felt, der fylder meget for de praktiserende læger, og for vore psykiatriske patienters skyld er vi nødt til at sikre ordentlige vilkår og fokus på arbejdsgange, så de ikke havner mellem stolene.

Til sidst vil jeg tilføje, at stemningen i samarbejdet er god - jeg synes, at der begge veje i dette momentum af ventetid er udvist god vilje og interesse, og ikke mindst var vi en delegation i Island til Nordisk Kongres, hvor syv politikere fra samarbejdsudvalg prioriterede at deltage med 18 praktiserende læger og én uddannelseslæge. Der var gode diskussioner, faglige input, og også hyggeligt samvær. Det har siden givet anledning til kaffe-møder og inspireret til at bygge videre på nogle tanker derfra.

Skriftlig beretning fra PLO-Syddanmark, ved formand Jørgen Skadborg

Aftalesituationen og koordinationen med det øvrige sundhedsvæsen

Perioden siden sidst har været præget af stilstand på grund af den langtrukne overenskomstforhandling. Trods dette er samarbejdet med de lokale offentlige parter, inklusive forsøg på at forhandle lokale aftaler, forløbet i god stemning.

Der har dog i Region Syddanmark, i modsætning til i andre regioner, været en gennemført utilbøjelighed til at fritage ophørende kolleger fra akkreditering.

Der er ikke indgået nævneværdige aftaler i perioden, men vi fik aftalt en ”ordning” (ikke at forveksle med aftale) for sygebesøg over 15 km, og vi har forberedt nogle nye lokale aftaler.

Her efter at OK18 er indgået, er vi således klar til at indgå mindst to lokale aftaler, som kun skal finpudses; det drejer sig om en frivillig rammeaftale om telemedicin og en projektaftale om ”Gerikuffert” på Sydfyn.

OK18 pålægger os en lang række arbejdsopgaver i den nærmeste fremtid. Vi kommer til at trække på repræsentanter og andre fagligt engagerede kolleger, når vi skal forberede ”klarmeldingen” af diabetes- og KOL-udflytningen, udflytningen af urologiske cancerkontroller og ikke mindst understøtte klyngedannelsen. Sidstnævnte kommer til at kræve store omstillinger i vores regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg, KEU, og en ændring i antallet og arten af regionale konsulenter og deres arbejdsopgaver.

Jeg skønner, at PLO-K må have en central rolle i at formidle klyngedannelsen lokalt. Heldigvis har vi i PLO-Syddanmark en god tradition for at knytte PLO-K-formændene tæt til os i det fagpolitiske arbejde, og vi agter at samle dem igen i begyndelsen af 2018.

Helt aktuelt pågår en kæmpe vejledningsopgave over for de mange delepraksis, som individuelt skal hjælpes bedst muligt med at navigere inden overgangen til OK18. Man må forudse en større pukkel af ansøgninger om fornyelse af delepraksistilladelse.

Lægedækningen

Vores region er relativt privilegeret lægedækningsmæssigt. Der passes kun ca. 10.000 patienter i midlertidige regionstilbud og udbudsklinikker.

De længstvarende problemer med lægedækning har vi i kommunerne Ærø, Langeland, Esbjerg, Varde og Billund. I det sidste år har vi dog oplevet, at ellers attraktive og centralt beliggende kommuner som Aabenraa, Fredericia og Vejle er blevet lægedækningstruede.

I Fredericia er der således kommet et midlertidigt regionstilbud nu, mens den ledige praksis i Vejle bliver opkøbt af en lokal læge efter § 16 stk. 8 (om erhvervelse af op til seks kapaciteter). I har måske læst i medierne, at lægen har indgået aftale med Falck om drift af klinikken. Dette er vist første gang i vores region.

De akutte lægedækningsproblemer opstår typisk på den måde, at flere og flere praksis lukker for tilgang, hvorefter ”korthuset” pludseligt vælter i forbindelse med en kollegas længerevarende sygdom eller pludselige ophør.

Regionen ser nu ud til at have lært, at man skal være mere liberal med at udmønte 0-ydernumre i

områder, hvor der er meget få praksis med åbent for tilgang. I den forbindelse skal jeg tilføje, at regionen optræder ordentligt og er i løbende dialog med PLO-Syddanmark om sine intentioner og planer i de lægedækningstruede områder.

Jeg må desværre konstatere, at der blandt læger i lægedækningstruede områder har været et manglende kendskab til OK14's muligheder for generationsskifte over fem år (§19). Med OK18 har de fået en ekstra mulighed – i form af delepraksis i seks år. Dette er en løsning, vi håber vil blive anvendt til at rekruttere nye kolleger.

Lægevagten

Da vi sidste år indførte betaling for vagtfrihed, steg antallet af vagtaktive læger brat med ca. 100. Trods dette er det fortsat nødvendigt løbende at se på, hvorledes vi kan udtynde vagtbemandingen.

Regionspolitikkerne har vist forståelse og velvilje. Vi har en frugtbar dialog om vores servicemål, men der er desværre ikke politisk evne til at tage de nødvendige beslutninger om lukning af de mindste konsultationssteder. Vi håber, vi kan komme i mål med dette, når regionsvalget er overstået.

Indtil videre fastholder vi dog dialogvejen og tager ikke ensidige skridt, selv om vagtaftalen har visse fortolkningsmuligheder, som vi kunne bruge til at udtynde vagten.

Skriftlig beretning fra PLO-Nordjylland, ved formand Annemette Alstrup

OK18

Vores sidste ordinære medlemsmøde 6. april, hvor hovedemnet var Christian Freitag's status og gennemgang af OK17-forhandlingsforløbet, blev aflyst med kort varsel, idet vores formand blev forhindret - af forhandlingsmøder. Gennem måneder holdt vi vejret, mens vi gang på gang fik meldinger om, at de pågående forhandlinger bevægede sig frem mod et aftaleudkast med meget små skridt, og afstanden mellem PLO og RTLN ikke var farbar på grund af for store ”knaster”.

Med udgangspunkt i et urimeligt langt forhandlingsforløb, næsten et år, er glæden og lettelsen stor nu, hvor vi er kommet over på den anden side, og OK18-forhandlingsaftalen er kommet i hus. Det er dejligt styrkende for vores organisation, at det er lykkedes Forhandlingsudvalget at præstere et så eminent flot stykke forhandlingshåndværk. Forhandlingsresultatet er nu blevet vurderet og stemt overbevisende hjem af både repræsentantskabet og medlemmer. Allerede til årsskiftet træder OK18 i kraft. Mange tak.

Vi glæder os i PLO-Nordjylland til at komme i gang med at arbejde under en overordnet set klart bedre overenskomst og bistå vores medlemmer med at få mest mulig glæde af OK18. Allermest glæder vi os til at komme i gang med det regionale fagpolitiske arbejde igen. Dette arbejde har reelt været på vågeblus det sidste års tid. Regionen har ikke set sig i stand til at lave lokale aftaler (svarende til tidligere §2-aftaler) om honorering af arbejdsopgaver i almen praksis, og det har bremset for udvikling og løsning på arbejdsopgaver lokalt. Argumentet har været, at vi måtte vente og se, om den nye overenskomst evt. måtte adressere emnet - finansiere arbejdsopgaven.

Helt konkret har det betydet, at arbejdet i Praksisplanudvalget har ligget stille. Udviklingen af samarbejdet mellem almen praksis, region og kommuner med hensyn til kommunikation og samarbejde om de mange flere og nye opgaver i primærsektoren er udeblevet med undtagelse af forskellige mindre projekter. Fx er TIT (Tidlig Indsats Tværsektorielt) igangsat, men vi har desværre ikke kunnet lykkes med en aftale om en telefonkonferenceydelse. Regionen har netop udfærdiget en statusrapport over igangværende og nye udviklingsprojekter under den nuværende sundhedsaftale, og det er iøjnefaldende, at almen praksis kun er direkte involveret i få af projekterne.

Lægevagten

Vores nuværende vagtaftale er fra 2007 og trænger til en modernisering - jo før, jo bedre. I mellemtiden har vi på grund af manglende læger til dækning af lægevagten måttet foretage nogle mindre tilpasninger, som har betydet optimering af arbejdskraften. Konsultationen i Brønderslev er lukket, og konsultation i Frederikshavn om natten er blevet ad hoc. Regionen har, hjulpet af et ekstraordinært møde i Samarbejdsudvalget, accepteret, at disse varslede tilpasninger er i overensstemmelse med gældende vagtaftale.

Vores visitationskursus i september blev en succes, som vi håber at kunne gentage om et års tid.

Med henblik på at opnå større gennemsigtighed i besættelsen af posterne i vagtudvalget gennemføres dette efterår for første gang valg til vagtudvalget.

Jeg beskrev i forårsberetningen de sammenbrudte vagtforhandlinger, men nu hvor OK18 er en realitet, og regionsrådsvalget snart er veloverstået, har regionen inviteret til genoptagelse af

forhandlingsforløbet. Vi er klar.

Lægedækning og rekruttering

Som vanligt kommer hermed en status over vores mandtal. Vi er i skrivende stund 300 praktiserende læger. Reelt mangler vi ca. 70 praktiserende læger. Siden min sidste beretning er andelen af nordjyske borgere, som er tilmeldt en PLO- praksis, steget fra 92 pct. til ca. 93 pct. En lille, men positiv udvikling.

Den positive udvikling skyldes, at fire ydernumre i regionsklinikken i Aalborg har været i budrunde, og ét ydernummer i Hjørring er kommet på PLO-hænder igen. Dog er der pt. fem budrunder med fem praksis og i alt 17.000 patienter, hvilket hurtigt kan ændre på udviklingen, hvis ikke der er PLO'ere eller yngre almen-medicinere, der byder ind.

Det er lykkedes at gennemføre flere generationsskifter i regionen, og situationen er med til at forbedre lægedækningen, men det ændrer ikke på, at stort set hele regionen er lægedækningstruet. Tiltag, som skal få udviklingen til at stoppe, er i gang, men nogle af dem kan først få virkning om flere år. Det drejer sig om tiltag, som medfører en større tilgang af speciallæger og også uddannelseslæger

Optaget af lægestuderende på Aalborg Universitet er nu 150 pr. år. Alle hoveduddannelsesstillinger til almen medicin blev besat ved sidste ansættelsesrunde. Det er glædeligt at kunne konstatere, at specialet almen medicin vinder popularitet i Nordjylland.

Flere og flere lægepraksis bliver tutorpraksis, men vi har brug for, at stort set alle PLO-praksis bliver tutorpraksis. Aktuelt er ca. halvdelen af vores ca. 100 praksis tutorpraksis.

Jeg håber, at et par elementer i OK18 vil komme til at gøre sig gældende for rekrutteringssituationen. Det drejer sig om muligheden for delepraksis uden særlig begrundelse og sikring af løn under sygdom og barsel til ansatte læger (vikar/i ledig kapacitet) i lægedækningstruede områder.

Samarbejdet regionalt

Samarbejdet mellem PLO-Nordjylland og Nord-KAP er i en stadig positiv udvikling med Nord-KAPs bestyrelse som det formelle omdrejningspunkt. Derudover udmønter det sig i det vigtige samarbejde i regionale udvalg og arbejdsgrupper med politiske snitflader. Et eksempel er Nord-KAPs nyhedsbreve og de regionale forløbsbeskrivelser for almen praksis. Vores engagerede Nord-KAP kolleger er ligesom vores praksistutorer vigtige rollemodeller for vores uddannelseslæger

Også samarbejdet i bestyrelsen for den regionale Lægeforening blomstrer. Vi yder en gensidig støtte til arbejdet i de enkelte søjler og samarbejder på tværs af søjlerne i forhold til at fremme fælles sag, fx ved dialogmøder med regionsrådet. Vi har efterhånden gentagne gange frembragt forslaget om flere privatpraktiserende speciallæger for regionen. FAPS-rekruttering udefra er umiddelbart muligt og vil kunne aflaste både almen praksis og hospitalsafdelingerne.

Med henblik på større gennemslagskraft har vi planlagt dialogmøder med de nyvalgt partigrupper enkeltvis i løbet af 2018. Forhåbentlig kommer det til at smitte af på de beslutninger, det kommende regionsråd træffer, deriblandt at fokus rettes på PLO-sporet og i mindre grad på alternativer som projektet med almen medicinske sygehusambulatorier i Hjørring og på Mors. Med OK18 har vi fået et nyt, fremtidsorienteret og stabilt grundlag for vores samarbejde.

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-Hovedstaden, ved formand Karin Zimmer

En formandsberetning er om tiden, der er gået siden sidste beretning. Men jeg kan nu ikke lade være med at indlede med et stort tillykke til os alle med en ny overenskomst om almen praksis – OK18.

Nu skulle der falde der ro på bagsmækken, almen praksis vil også være her, når vi vågner i morgen, og intet er vel så skidt, at det ikke er godt for noget – eller for nogen?

Indrømmet, denne OK18 er svær at sælge til sololægen uden personale, en praksisform, vi i særlig grad ser i hovedstaden. Dem skal vi hjælpe, vi skal tænke dem ind i klyngerne og tænke kreativt i forhold til personale.

De lange sygebesøg bliver et kapitel for sig, hvis slutning vi ikke kender. Hvis de skal lykkes, skal PLO-R og PLO-K på banen inden årsskiftet. Jeg håber, at PLO vil medvirke til at understøtte den kæmpe logistiske udfordring, det bliver at sikre, at alle hurtigt kan finde en stedlig læge, fx i form af en net- eller app-baseret landsdækkende stedlig lægefortegnelse, som opdateres løbende.

De kommende år skal vise, om vi kan og tør stå sammen om at få det bedste ud af det, også for vores patienter, og at få vist, at vi kan håndtere den frihed og tillid, som aftalen også har givet os.

Vores udfordringer

I Region Hovedstaden er der overordentligt langt til den reelle indflydelse, men ikke langt til dem, der har meninger om, hvad almen praksis skal gøre mere af. Vores indsats har oftest karakter af målmandsfunktion, og der er konstant behov for feberredninger, når regionen går til angreb med et utal af embedsmænd, der er leveringsdygtige i bureaukratiske benspænd.

Martin Krasnik har i sin leder “Operation Morgenluft” i Weekendavisen uge 42 med stor humor og præcision beskrevet en syg Region Hovedstaden – “her er der så mange administrative lag, at ingen længere kan gennemskue arbejdsgangene.” (<https://www.weekendavisen.dk/smarticle/view/0>).

Region Hovedstadens praksisplan med 100 anbefalinger og sundhedsaftalens 75 anbefalinger stiller store krav til arbejdet i de udvalg, vi er repræsenteret i, og til de administrative processer, der er nødvendige for at sikre et minimum af indflydelse.

Opgaverne vedrørende rekruttering og fastholdelse er siden 2015 steget markant. Langt flere læger melder ophør uden salg, og typisk er det steder, hvor andre læger har lukket for tilgang. Derfor er samarbejdet med regionen og kommunerne om rekruttering og fastholdelse intensiveret de seneste år.

Fremadrettet står vi med en kæmpe udfordring, når de læger, der har fået dispensation for akkreditering, holder op senest 1. juli 2019 (116 læger indtil nu).

Der er ligeledes sket en markant stigning i enkeltsager, fx i samarbejdsudvalget. Sagerne er blevet mere komplekse og på mange områder meget intense og arbejdskrævende, da der skal kæmpes en del mere med regionen, end det synes at have været tilfældet tidligere. Dokumentationsbehovet i sagerne stiger, og arbejdet med regionens embedsmænd er tiltagende. Der har været 262 SU-sager inden for det seneste år – en af dem er beskrevet nedenfor.

Vi styrker nu vores sekretariat med en ekstra jurist. Det har vi et stort behov for!

Dilemma vedrørende 0-ydernumre

I forbindelse med, at rekrutteringsvanskelighederne i regionen vokser, har vi i PLO-Hovedstaden drøftet vores holdning til udbud af 0-ydernumre (kapaciteter). Dilemmaet består i, at samtidig med, at det i rekrutteringsøjemed er yderst hensigtsmæssigt at samarbejde med regionen og kommunerne om opslag og besættelse af 0-ydernumre, så skader samarbejdet potentielt lægers mulighed for at sælge deres praksis i visse områder.

PLO-Hovedstaden har truffet den beslutning, at hensynet til rekrutteringen og vores mulighed for indflydelse på, hvor og hvornår nye kapaciteter opslås, vejer tungt, uagtet en mulig påvirkning af markedsvilkårene ved salg. Region Hovedstaden er af Kammeradvokaten blevet pålagt, at tildeling af ledige kapaciteter skal ske ved udbud, hvilket betyder, at et af kriterierne for tildeling er, hvor meget man ønsker at betale for kapaciteten.

Der er endnu ikke nogen erfaringer med denne del, men PLO-Hovedstaden arbejder for, at de penge, der kommer ind fra salg af 0-ydernumre, skal genanvendes i arbejdet med rekruttering og fastholdelse. Politisk har vi en god sag, men Region Hovedstadens administration er ikke begejstret. Vi arbejder videre med dette, når det nye regionsråd er sat.

Telefonisk tilgængelighed

I løbet af foråret fik vi stoppet en hasteundersøgelse af lægernes telefoniske tilgængelighed ned i halsen. Det var ikke specielt hensigtsmæssigt, da valgkampen (og på det tidspunkt OK-forhandlingerne) var over os, og et negativt udfald kunne give anledning til negativ omtale af almen praksis.

Undersøgelsen blev gennemført i samarbejde med PLO-Hovedstaden – det lykkedes at bedre undersøgelsens design, så den i højere grad tog højde for dagligdagen i almen praksis. Og langt de fleste af vores bange anelser blev gjort til skamme, for det viste sig, at i gennemsnit 97 pct. af alle lever op til overenskomstens be-stemmelser om telefonisk tilgængelighed. Den eneste malurt, der efterfølgende kom i bægeret, var, at Berlingske bragte en artikel om lægernes dårlige telefoniske tilgængelighed, baseret på flere misforståelser af undersøgelsens konklusioner.

Artiklen blev imødegået af en pressemeddelelse fra PLO (<https://www.laeger.dk/nyhed/nemmere-at-komme-igennem-til-egen-laege-paa-telefonen>).

Samarbejdsudvalget – en enkelt sag

Efter en lang række af klager over manglende tilgængelighed, og efter at have haft klagesagerne behandlet over de sidste tre år i Samarbejdsudvalget og her senest efter en bod fra Landssamarbejdsudvalget, har et enigt SU helt ekstraordinært indstillet til Landssamarbejdsudvalget at fratage en praktiserende læge dennes ydernummer grundet den manglende overholdelse af overenskomstens bestemmelse om tilgængelighed.

Risikobaseret tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) har frem til august 2017 foretaget 12 risikobaserede tilsyn i Region Hovedstaden. PLO-Hovedstaden har været til stede som bisidder ved de fleste af disse tilsyn for at samle viden og erfaringer om afvikling og krav til praksis.

Forventningen er, at der vil være afholdt mindst 50 tilsyn i Region Hovedstaden inden årets udgang.

Tilbuddet om bisidder fra PLO-Hovedstadens side er blevet vel modtaget, og de fleste af de

gennemførte tilsyn har haft en bisidder. Fremover vil tilbud om bisidder være på ad hoc-basis. Resultatet for tilsynene har indtil nu for alle været en kategori 2. Det bliver svært at acceptere, at vi alle er forpligtet til at betale 3-4.000 kr. om året for at blive registreret i STPS, hvis vi samtidig skal opleve, at tilsynene er meningsløse og rammer de forkerte.

Laboratorieforringelser

Der er de seneste år sket forringelser på laboratorieområdet. Det startede med nedlæggelsen af KPLL, hvilket især fik konsekvens for PLO i København og deres patienter. Siden da er der nedlagt prøvetagningssteder og indført nye afhentningsruter med to daglige afhentninger, hvilket har været et logistisk mareridt mange steder. Det har medført omorganiseringer af arbejdet i almen praksis, mange mislykkede prøver, fordi de er blevet for gamle, men også manglende afhentning, herunder en flere steder nødlidende mobil-lab-ordning på grund af personalemangel på regionens laboratorier, som ikke kan følge med efterspørgsel, og som i flere tilfælde ikke har meldt afbud, hvilket har medført situationer af betydning for patientsikkerheden.

Vi har drøftet sagerne med regionen efter et større arbejde med at belyse dem, og det har nu medført etablering af faste møder mellem vores to laboratoriekonsulenter og regionen i et forsøg på at imødekomme de problemer, der løbende opstår.

Det politiske arbejde op til valget

Vi intensiverede det politiske arbejde op til regionsrådsvalget. Det skete bl.a. i samarbejde med Lægeforeningen Hovedstaden, som har afholdt bilaterale møder med spidskandidater for hvert enkelt parti, som har haft lyst til at mødes, og med deltagelse af alle tre søjler. Hovedvægten på disse møder lå på det nære sundhedsvæsen, sundhedsplatformen og lægers efteruddannelse (YL og FAS). Særligt punktet om det nære sundhedsvæsen blev båret frem af PLO-Hovedstaden, og vi har fået mange gode politiske kontakter til det fremtidige samarbejde.

Udover møderne har PLO-Hovedstaden haft kandidater fra de fleste partier på praksisbesøg for at medvirke til større forståelse for sektoren, ikke mindst for nye kandidater, hvis kendskab til sundhedsvæsenet er begrænset.

Vi prøver at være til stede på SoMe (Facebook og Twitter) i det omfang, fritiden tillader det, hvis der er aktivitet, der kalder på kvalificerede faglige og politiske kommentarer.

1813

Ingen beretning uden 1813 og Region Hovedstadens akutberedskab!

Men der er ikke meget nyt. I dagtiden myldrer det stadig ind med aflæggere fra vagttiden, både patienter, der burde have været afsluttet med et råd i telefonen, og patienter, der burde have været set og behandlet i vagten. Dertil kommer alvorlige UTH'er, fx meningitisdødsfaldene.

Men regionens politik er stadig at lukke øjne og ører for de patientsikkerhedsmæssige udfordringer, man med 1813 udsætter regionens borgere for, og i stedet forsøger man at tale kritikken ned. Senest med en mangelfuld intern kerneårsagsanalyse af de tre meningitisdødsfald, som har fået skarp kritik. Særligt i lyset af, at STPS har vurderet, at alle tre dødsfald kunne have været undgået ved rettidig behandling.

Regionsrådet har endelig besluttet, at der gennemføres en ekstern undersøgelse af forløbene. Bl.a. en undersøgelse af kompetencerne hos involveret personale. Det skal retfærdigvis siges, at 1813

kun var medvirkende årsag til forsinket behandling i to af de tre tilfælde.

For øjeblikket er det næsten udsigtsløst at få øje på et godt kompromis om praktiserende lægers deltagelse i vagtarbejdet. Det handler om faglighed, honoreringsform, forpligtelse eller ej, ulempevagter, decentrale visitationssteder, it-infrastruktur, dokumentationskrav og meget, meget mere.

Skriftlig beretning fra PLO-Sjælland, ved formand Ulrik Hesislev

”Efterårssæsonen” i PLO-Sjælland har, som i de øvrige dele af PLO, været præget af ny overenskomstaftale. Nu er aftalen godkendt både i bestyrelse, repræsentantskab og blandt medlemmerne – så tillykke til os alle og resten af sundhedsvæsenet med det!

Vi har i PLO-Sjælland også læst aftalen – og bemærket os, at der 72 gange er nævnt ordet regional. De fleste af gangene er ordet regional efterfulgt af opfølgning, implementering eller forhandling. Vi ser frem til arbejdet med at implementere den nye overenskomst. Vi ved nemlig, at lediggang er roden til alt ondt – så vi er rigtig glade for udsigten til, at det onde ikke kommer til at ramme nogen af os regionalt fra 2018-2020.

Lægevagt

Lægevagten i Region Sjælland har gennem de seneste år været ramt af svigtende tilslutning blandt lægerne. Det har været nævnt i tidligere beretninger. Årsagerne er legio – og flere af de andre øvrige regioner har samme udfordringer. Siden 2014 (!) har vi været i løbende dialog med regionen om tiltrængte justeringer i vores lægevagt.

Den nuværende aftale har haft ti års fødselsdag, for den blev nemlig indgået i 2006 med opstart 2007. Den omfatter konsultation på 11 geografier i vores region og kræver i omegnen af 7000 vagter per halvår for at blive dækket. Dengang aftalen blev indgået, var der 520 praktiserende læger i vores region, deltagelse i lægevagten var frivillig – og der var flere vagtønsker, end der var vagter. Der var sygehuse på næsten alle de geografier, hvor der var lægevagt.

På de ti år, som er gået, er både antallet af læger og sygehuse faldet. Antallet af praktiserende læger er faldet til 465, deltagelse i lægevagten er blevet obligatorisk, og aldersgrænse for vagtfrihed er øget fra 60 til 64 år. På trods af dette er antallet af ubesatte vagter steget. Den 1. oktober forelå resultatet af vagtønsker for første halvår 2018. Skræmmende læsning; 2000 ubesatte vagter! – og en fortsat bekymrende udvikling, eftersom tallet for 1. april 2017 var 1000 ubesatte vagter.

Regionen har gennem årene gentagne gange ytret, at man er glad for lægevagten – og at man gerne ønsker lægevagten fortsat i sin nuværende form. Også selv om PLO-Sjælland med tiltagende intensitet har insisteret på et behov for justering.

Da det ikke var muligt at motivere regionen for en ændring, blev der i august 2017 afholdt møde mellem bestyrelsen for PLO-Sjælland og Vagtudvalget. Sammen blev der lagt en plan for den nødvendige tilpasning i forhold til de lægelige ressourcer. I enighed blev planen at arbejde hen mod en reduktion i de fem ad-hoc bemandede lægevagtsgeografier og en retræte til de seks permanent bemandede lægevagter. Da regionen ikke var til at motivere for en ændring af vagtaftalen – og da pressen primo september begyndte at stille spørgsmål til situationen - måtte vi retfærdigvis tilkendegive vores syn på den pressede lægevagt. Dette gik ikke ubemærket hen!

Efter nogle travle dage med pressekontakt inviterede regionen til dialogmøde. Disse møder er fortsat i gang. Vi håber meget, at der opnås en for begge parter tilfredsstillende løsning.

Praksiskonsulenter

Før sommerferien 2017 opsagde Region Sjælland kontrakterne for praksiskonsulenterne med et halvt års varsel. Som årsag angav regionen en intern vurdering af praksis i forhold til SKAT, nemlig at der skulle betales feriepenge af konsulentonorarerne. På den baggrund fremsendte regionen nye kontrakter med 12,5 pct. reduktion i løn, mod til gengæld at få 12,5 pct. i feriepenge til udbetaling x

1 årligt.

PLO-Sjælland anser denne ændring for en forringelse af praksiskonsulenternes vilkår og udbad sig derfor et møde med regionen. Konsulentordningerne var gennem årene knopskudt i flere forskellige retninger. Der hersker forskellige kontrakter for lægemiddelkonsulenter, praksiskonsulenter på sygehusafdelingerne, kvalitetskonsulenterne i KAP-S og PUK'erne som står for videreuddannelse.

Det var således oplagt at få forhandlet en ny aftale på plads, som kunne skabe præcedens for en harmonisering af konsulenternes vilkår. Det lykkedes PLO-Sjælland at få et møde i stand med Koncern HR. Her præsenterede vi vores syn på sagen og fremlagde konsulentforholdene fra de øvrige regioner til inspiration (særligt aftalen fra Region Hovedstaden). Desværre var mødet blot en præsentation af synspunkter. Der var ingen bevægelse. PLO-Sjælland har derfor efter sommerferien afholdt møde med alle de kolleger, der arbejder som konsulenter for regionen. På mødet var der stemmerne 15-0 for at anbefale et nej til de nye kontrakter. Der var ligeledes fuld enighed i bestyrelsen for PLO-Sjælland om at fastholde behovet for en ændring.

Desværre har konsulenternes manglende lyst til at underskrive de nye kontrakter på nuværende tidspunkt ikke fået Region Sjælland til at ændre et komma i deres tilbud. Praksiskonsulenternes ansættelse udløber 31. oktober 2017. Det er derfor med bekymring, at PLO-Sjælland ser praksiskonsulentordningen gå i stå en lille måned forud for "Go Live" på Sundhedsplatformen – og på de potentielle følger heraf for det tværsektorielle samarbejde. Det er ligeledes med bekymring, at vi ser på risikoen for, at de øvrige konsulents arbejdsfunktion påvirkes. Vi håber, alvoren i situationen motiverer regionen til at komme til forhandlingsbordet.

Sundhedsplatformen

Den 24. november 2017 går Region Sjælland i luften med Sundhedsplatformen. Det bliver en 100 pct. implementering på alle geografier på samme tid. Ud fra de erfaringer med implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden, som vi har hørt om, er PLO-Sjælland alvorligt bekymret. Vi er bekymrede for graden af og varigheden af produktionsnedgang, risiko for kaos på sygehusenes akutte funktioner, længere ventelister, tab af kvalitetsdatabaser med mere.

PLO-Sjælland har tilbudt sin hjælp – og foreslået kontaktpunkter mellem almen praksis og region, "hvis" der skulle opstå problemer. Vi er blevet informeret om, at PLO-Sjællands hjælp ikke bliver nødvendig. Opstart har været planlagt længe, og man har høstet erfaringer fra Region Hovedstaden. Der bliver ikke nogen problemer i det. Derfor er vores hjælp ikke nødvendig – og alt kommer til at gå fint. Man planlægger at give almen praksis et telefonnummer, som vi kan ringe til, hvis der alligevel skulle være behov for det til "småting".

Vi ønsker Region Sjælland og alle implicerede held og lykke med det hele.

Skriftlig beretning fra PLO-Færøerne, ved formand Marjus Dam

Tillykke med jeres nye overenskomst. Forhåbentlig bliver denne overenskomst en stor sten til yderligere opbygning af almen praksis i Danmark.

Som sagt til repræsentantskabsmøder flere gange før er der krise i den almene sektor på Færøerne. Krisen skyldes massiv lægemangel. Der mangler imellem 15-18 læger af ca. 34. Dette tal skal multipliceres med 100 for at få sammenlignelige tal med forholdene i Danmark. Så der mangler ca. 1500-1800 ud af ca. 3400 læger ved en grov omregning til danske forhold.

I mange år er flere alment praktiserende læger holdt op med at arbejde, end tilgangen af yngre læger har været til sektoren. Længere er historien ikke.

Men spørgsmålet er, hvorfor det er sådan? Flere forhold gør sig gældende. Vi har haft overenskomstmæssige problemer, hvor opmandsafgørelse har været nødvendig. Vi har haft problemer med at få udbetalt bonusordninger efter aftale. Vi har haft/har problemer med, at aftaler om pristalsreguleringer ikke bliver overholdt. Dette er nævnt de sidste år i formandsberetningen. Vi har haft... Listen er lang. Overenskomstmæssigt har det været umuligt at komme igennem med en aftale.

Vi har i årevis gjort relevante myndigheder opmærksom på den skæve gang. I flere tilfælde har man, efter vores vurdering, mere stirret ned i regnearket og tænkt besparelser end tænkt kvalitet, uddannelse og gode overenskomstforhold, der kunne gøre det attraktivt at arbejde i almen praksis. Uden tvivl har besparelser og manglende planlægning kostet meget mere, end om forholdene var, som de burde være. Det samme gør sig måske også gældende i Danmark. For det er ikke billigt at have en primærsektor, der ikke fungerer godt nok. Det aktiverer nemlig en ofte meget dyrere hospitalssektor. Der også har problemer på Færøerne.

Hvis regnearksvæsenet ikke holder op, og overenskomstforholdene bliver, som de skal være, er vi mange, der frygter en total kollaps i almen praksis på Færøerne. Der er andre græsange, hvor forholdene er bedre. Myndighederne må lytte til os. Det er sidste udkald. Vi skal have en attraktiv overenskomst. Og det må og skal ske nu.

For at få rettet skuden er det nødvendigt:

1: At fastholde og øge rekrutteringen af læger til almen praksis

2: At overenskomstforholdene kommer på plads nu og fremover

3: At øge uddannelsen af alment-praktiserende læger på Færøerne

4: At der kan laves aftaler i overenskomstperioden for opgaver, der yderligere tilføres til almen praksis.

Hvis disse forhold kommer på plads nu, så vil medvirke til, at bemanningen af almen praksis på Færøerne forbedres de kommende år. Men det bliver en sej kamp. Og det bliver hårdt. Vi må arbejde hårdt, og arbejdsgiveren må betale, hvad det koster.

Der må og skal ske noget godt og positivt inden for vores sektor for, at det hele ikke kolliderer.

Det ser ud til, at myndighederne nu forstår alvoren. Der er indledt forhandlinger med de offentlige myndigheder på Færøerne med henblik på overnævnte forhold.

Vi ønsker faglig kompetence og kvalitet i praksis. Vi ønsker på sigt, at normeringen af læger i almen praksis stiger, så vi får én alment praktiserende læge pr. 1200 patienter.

En kolossal arbejdsbyrde i en underbemandet sektor er ikke ønskeligt, hverken for læge, patienter eller samfund. Skulle man tro. Med mange vikaransatte falder kontinuiteten i arbejdet – og ofte er det de fastansatte læger, der bagefter står med de komplicerede og tunge opgaver og forløb.

Det må og skal være attraktivt at være i almen praksis, både fagligt, menneskeligt og økonomisk. Hvis vi ikke opnår dette, så får vi øget flow fra vores sektor til andre sektorer/lande, hvor forholdene er mere attraktive. Det er virkeligheden. Og just denne virkelighed kan vi forandre. Det er det, vi forsøger at gøre nu.

Vi håber det bedste.
