

Velkommen til PLO-Midtjyllands efterårsmøde 2020



Aftenens program

- 18.00 Velkomst** v. formand Henrik Idriss Kise og præsentation af ordstyrer og næstformand Bruno Meldgaard Jensen
- 18.10 Nyt fra PLO-M** v. formand Henrik Idriss Kise
- 18.55 Orientering om OK21 forhandlingerne** v. PLO-M's repræsentant i bestyrelsen og medlem af Forhandlingsudvalget, Karsten Rejkjær Svendsen
- 19.30 Kaffepause**
- 19.45 Nyt fra Lægevagtudvalget** v. vagtudvalgsformand Søren Svenningsen
- 20.30 Valg til PLO-Midtjylland og PLO's repræsentantskab.**
Kandidater, der ønsker opstilling til valget i PLO-Midtjylland, har mulighed for kort at præsentere sig og deres motivation for opstilling.
- 21.00 Eventuelt og afslutning** v. Henrik Idriss Kise



Covid19

- Krisestabsmøderne
- Sundhedsstyregruppemøder og PLO-K møder
- Fase 3 beredskabslæger, PLO-K proces
- Udskrivning af Covid19 positive ønskes, PLOM svarer:
 - Videokonference, opfølgende hjemmebesøg, 4449 samt værnemidler



Influenzavaccine

- Arbejdsgruppe influenzavaccination
- Målet 75% (WHO anbefaling). I sidste sæson steg dækningsprocenten fra 49,3% til 53,7%.
- Covid19
- Sundhedsministeren; alle opfordres til at lade sig vaccinere
- 9. oktober beder Sundhedsstyrelsen om at prioritere; SSI løber tør
- Apotekerne har lagre, PLO-C arbejder på sagen



Psykiatrien og afviste henvisninger

- 25 % afvist! Målet bør være 0%
- 34% genindlagt
- Lange ventetider hos praktiserende psykiatere
- Psykiatrialliancen
- LFM-B, politiske møder
- Også afviste henvisninger fra andre specialer



Regningskontrol

- B-markering
- 4484
- 25% individuelt loft



Ydernumre og ”stråmænd”

- UNGE AP LÆGER – KØB JERES PRAKSIS NU!

Ikke i morgen, ikke om 2 år, så kan du måske ikke længere få købt den
- så er mulighederne for ansættelse måske større, men ikke ejerskab.

- HALVUNGE LÆGER I EKSISTERENDE KLINIKKER – KØB ET EKSTRA YDERNUMMER NU!

Udvid klinikken, pas på ydernumrene, indtil de større mængder af
unge almen medicinere er klar til at gå med ind i ejerskabet.

- Stigende antal ydernumre går til såkaldte ”stråmænd”



Praksisplanen

- Høring med frist for høringssvar 7. december
 - Sammen med OK udstikker den de overordnede rammer for opgavevaretagelsen i almen praksis og har samtidigt til formål at bidrage til udmøntningen af sundhedsaftalen



3. Bærende principper for samarbejdet

I arbejdet med at omsætte Praksisplanen til handlinger, står region, kommuner og almen praksis på tre fælles principper for samarbejdet.

1. FOKUS PÅ RAMMER FOR UDREDNING OG BEHANDLING DET NÆRE

Flest mulige patienter skal udredes og behandles i det nære sundhedsvæsen. Almen praksis' ressourcer skal primært anvendes til patientkontakt og ikke til unødvendig transporttid eller unødvendig kontrol og bureaukrati. I respekt for driftsvilkårene i almen praksis fordrer nye og ændrede opgaver, at ressourcebehovet og kapaciteten i almen praksis vurderes. For at understøtte almen praksis i at kunne udrede og behandle den enkelte patient i det nære, er det blandt andet vigtigt med let adgang til udredning på hospitalerne samt at der arbejdes for en enkel visitation til hospitalsbehandling og kommunale tilbud. I et længere sigte er også uddannelse og rekruttering af nye læger vigtige elementer i at sikre rammerne for almen praksis.

2. PLANLAGT OPGAUEUDVIKLING OG -OVERDRAGELSE

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling, og der er løbende behov for at vurdere, om opgaver varetages bedst og billigst, eller om der hensigtsmæssigt kan ske opgaveflytning. Opgaveflytning skal sættes i rammer og foregå planlagt og i overensstemmelse med LEON-princippet (Laveste Effektive Omkostnings Niveau), så opgaverne ikke løses på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt. Der skal være gennemsigtighed i de økonomiske og faglige konsekvenser, og der skal være enighed om opgaveoverdragelsen. Det gælder både for flytning af opgaver fra hospitalerne til almen praksis og flytning af opgaver fra almen praksis til andre dele af sundhedsvæsenet, herunder patienten selv.

Dette forudsætter dialog mellem alle parter. I regi af Praksisplanudvalget skal der derfor identificeres principper for opgaveflytningen og dernæst gives konkrete bud på områder, som har et opgaveflytningspotentiale. I prioriteringen af de lægefaglige opgaver i almen praksis er der ligeledes behov for dialog om hvilke opgaver, som kan udflyttes fra almen praksis med henblik på varetagelse af andre lokalt aftalte opgaver. Praksisplanudvalget skal årligt have en status på udviklingen i opgavefordelingen mellem almen praksis, kommuner og hospitaler.

3. BEDRE BRUG AF DE SAMLEDE RESSOURCER

Alle dele af sundhedsvæsenet er underlagt en stærk økonomisk styring. Vi skal derfor hele tiden have øje for, om vi kan løse opgaverne på nye måder, så opgaverne løstes effektivt og til den rette kvalitet. Et led i dette er fortsat øget anvendelse af elektronisk og telemedicinsk kommunikation. Det er en fælles præmis, at patienten skal understøttes i at klare mest muligt selv fx med tilbud, der fremmer egen træning, egen træning m.v. Der er også løbende behov for at vurdere konkrete arbejdsgange og samarbejdsflader. Fx kan der være et potentiale i brug af rammedelegation i samarbejdet mellem læger og kommunale sygeplejersker. Et andet eksempel er samarbejdet om dosispakket medicin. Ligeledes kan der - særligt på akutområdet - være et potentiale i at udvikle fælles principper for og forenklet adgang til de kommunale akutteams og tilbud.

4. Temaer og indsatsområder

De fælles visioner om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen er i praksisplanen omsat til 3 udvalgte temaer, som vi i region, kommuner og almen praksis ønsker at prioritere og samle kræfterne om.

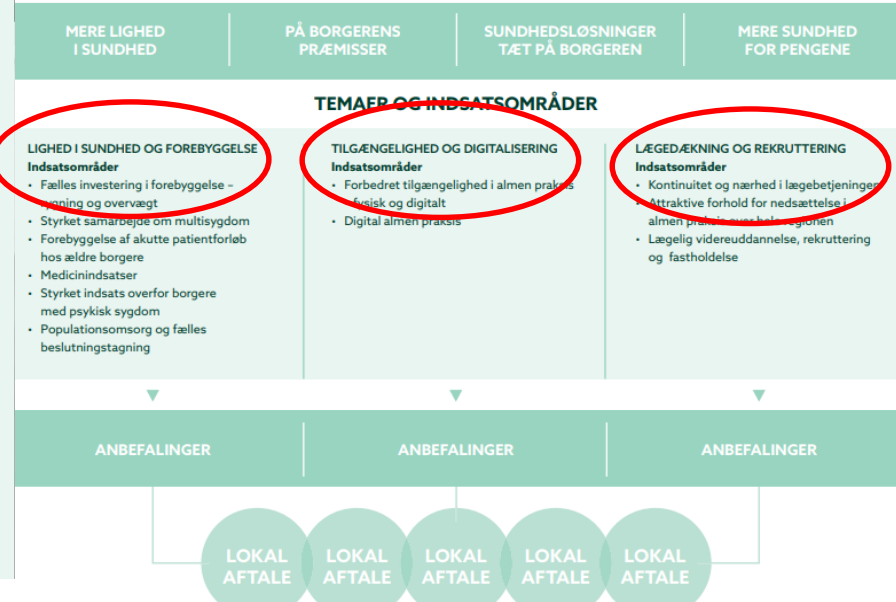
Temaerne er:

- Lighed i sundhed og forebyggelse
- Tilgængelighed og digitalisering
- Lægedækning og rekruttering

De udvalgte temaer skal ses som udviklingsområder, hvor der i de kommende år er brug for en ekstra indsats.

Hvert tema indeholder en række indsatser i forhold til udviklingen af almen praksis i Region Midtjylland. Indsatserne skal løbende udmøntes i lokale aftaler mellem almen praksis, region og kommuner. Ligesom de indsatser, der prioriteres i samarbejdet om sundhedsaftalen, også kan betyde, at der skal indgås aftaler i forhold til almen praksis. De enkelte dele af praksisplanen er illustreret nedenfor.

FÆLLES VISION OM ET NÆRT OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN I BALANCE



Praksisplanen, hvem bruger den?

- Praksisplanudvalget (PPU) - politiske repræsentanter fra Region Midtjylland, almen praksis og kommunerne i regionen
- Kvalitetsklynger - temaer, de arbejder med, kan lade sig inspirere af Praksisplanen
- MidtKraft - Region Midtjyllands kvalitetsorganisation på praksisområdet
- Kommunalt-lægelige udvalg (KLU) - udvalget består af lægelige medlemmer samt repræsentanter fra den pågældende kommune



Aftaler og projekter

- Vanskeligt at få lavet aftaler i sidste Praksisplanperiode, kun projekter
- Kommunikation med akutfunktionen – ydelse 4449
- Hospitalsbehandling i eget hjem – honorar for konferencekald og ajourføring
- Forløbsbeskrivelserne, forventninger og underliggende aftaler
- Specialist-telefonen, samt konferenceopkald
- Dosisdispensering og videokonferencer



Dosisdispensering og videokonference

- Pres på at få aftaler på disse områder med kommunerne i Region Midt
- Ønsker vi at give denne service uden honorering?
- Eller kan vi sige nej med henvisning til, at PLO-M ønsker at definere rammerne i en aftale med kommunerne som samlet enhed?
- Stærkt mandat fra os alle, til at forhandle med, er helt nødvendigt for at kunne lykkes med noget



Formandsberetning PLO-Midtjylland 2020

Kære kollegaer

Det ville have været helt naturligt at starte med Covid19, for hold da op hvor fylder det meget i vores alles hverdag, og også i den politiske hverdag.

Men, da almen praksis fortsat er meget mere end Covid19, så må det vige pladsen i denne beretning, i hvert fald i starten af den...

Psykiatri

Status er, at 25 % af alle henvisninger til regionspsykiatrien fra de praktiserende læger, bliver afvist!

34% af alle udskrevne patienter fra de psykiatriske afdelinger i vores region bliver genindlagt - dette tal er hastigt stigende, og meget hurtigere end for de somatiske afdelinger!

Det er markante tal, som vi i PLO-M ikke bare stiltiende kan acceptere.

Der kan være flere årsager til denne udvikling.

Man kunne hævde, at de praktiserende læger mangler opdateret viden omkring forløbsbeskrivelserne og om hvilke patientkategorier, der hører til i Regionspsykiatrien. Eller at de ikke er dygtige nok til at beskrive, måske laver de ikke forarbejdet godt nok, eller de burde have forstået, at deres psykisk syge patienter selv skulle have booket en tid hos en praktiserende psykiater efter henvisning dertil og accepteret ventetider på op til 1 år. Men, at ¼ af alle henvisninger til psykiatrien afvises - er det godt nok, og peger pilen alene på de praktiserende læger?

I PLO-M kan vi nok finde andre årsager såsom, at tilbuddet i regionspsykiatrien er blevet for snævert, at kravene til indhold i henvisningerne er blevet for omfattende, og at de praktiserende psykiatere med deres ventelister nærmest er et ikke eksisterende tilbud til de mest sårbare af vores patienter.

PLO-M er gået ind i et alliancearbejde med Region Midt - vi sætter psykiatrien på dagsordenen i rigtig mange sammenhænge, og vi taler med meget store ord omkring den psykiatriske krise, vi omtaler den som. Frygten er, at psykiatriske patienter ikke får rettidig og korrekt behandling, og at de praktiserende læger bliver presset på deres kompetenceniveau og pådrager sig et lægefagligt ansvar for nogle behandlingsforløb, som de slet ikke burde have haft.

Forløbsbeskrivelserne

Der er lagt et kæmpe arbejde i udviklingen af forløbsbeskrivelserne - de er nødvendige og gode, og derfor også lidt reklame for dem [her](#). De er omfattende, deskriptive, giver et overblik over et komplekst sundhedssystem, men de har også store forventninger til, hvad man kan nå at lave af forundersøgelser i almen praksis, før man samler det hele i et resume og sender som henvisning.

PLO-M arbejder på sagen, er i løbende dialog med vores lægelige koordinatore og problematiserer også overfor Region Midt, at der ikke følger ressourcer/aftaler med til disse stigende antal anbefalinger/krav. Det er vigtigt, at indholdet i forløbsbeskrivelserne forbliver vejledende og aldrig danner baggrund for ekskluderende krav i visitationsprocessen. En henvisning indenfor somatik eller psykiatri må aldrig afvises på baggrund af mangler i vores henvisninger, og især ikke med henvisning til forløbsbeskrivelserne. Hvad ville der mon ske, såfremt den praktiserende læge responderede på en afvist henvisning med "jeg afviser afvisningen"? Det ville være et klart signal at sende, men nok ikke en særlig konstruktiv løsning på problematikken.

Afvisninger den ene eller den anden vej skaber ikke dialog og skaber ikke et tilstrækkeligt sikkerhedsnet omkring patienten – det er det, vi i PLO-M ønsker det skal være, og vi giver ikke op, før vi ser betydelige bedringer på dette område.

Covid

Det påvirker og styrer vores hverdag i en grad, vi nok ikke tidligere har oplevet, og det gælder hele sundhedsvæsenet. Foråret var præget af nedlukninger og beskyttelse af os alle sammen. Men, som tiden gik, og man kunne se, at dette ikke var en kortvarig krise, så var hele sundhedsvæsenet nødt til at sadle om. Fokus blev sat på smitteopsporing og isolering af de få positive fund, i de voldsomme mængder af mistænkte smittede eller asymptomatiske bærere.

Almen praksis blev centrum for sundhedssporet, og vi har alle været umådeligt omstillingsparate, sat os i front ved telefonerne og styret hele befolkningen igennem på bedste vis. MinLæge app'en har fået succes, og selvom vi laver et faldende antal videokonsultationer i forhold til det tidlige forår, så er de kommet for at blive.

Det har krævet noget helt særligt af vores klinikker. Vi har måttet følge med i nye instrukser, pressemeddelelser og skullet acceptere, at befolkningen fik noget at vide på disse, førend det reelt var implementeret i sundhedsvæsenet.

Almen praksis har grund til at være stolte - vi har vist os omstillingsparate, vist et overskud, vi egentlig ikke havde før Covid19, og taget ansvar for vores patienter.

Ja, det har kostet flere indlæggelser - og ja, det har kostet mere antibiotika over telefonen. Under normale omstændigheder var det ikke sådan, vi ville have taget os af vores patienter, men situationen har og er fortsat ikke normal. Vi fik en opgave, og vi løste den – godt gået alle sammen!

PLO-M var tidligt ude og foreslå Region Midt at tilbyde almen praksis' patienter et "fast track" for podningerne. Vi lyttede til det arbejde, DSAM havde lavet, om at en negativ testet patient med god sikkerhed kunne modtages i vores klinikker. Men, for at det skulle kunne lade sig gøre, og det ville kunne aflaste nogle meget belastede børneafdelinger og akutmodtagelser, så skulle almen praksis indenfor max 1 døgn kunne få et negativt podningsvar på en patient.

Region Midt har lyttet, og vi er nu meget tæt på at få dette fasttrack indført i vores region (og vel snart i hele landet). Almen praksis i Region Midt vil snart være klar til at kunne vurdere flere af vores egne patienter og undgå, at nogle af dem henvises til akutafdelinger og andre vurderingsspor. Igen ændrer vi praksis, igen løfter vi opgaverne i fællesskab. Det skal også uddeles ros til Region Midt for deres dialog med PLO-M omkring dette.

Primært skal vi tale med vores patienter over telefon, vi skal supplere med video, give råd og se an – evt. AB over telefonen. Men står vi med en patient, som vi efter en videokonsultation vurderer bør undersøges fysisk, men vi kan tage ansvar for at udsætte dette til "i morgen", så skal vi som noget ekstraordinært henvise til en "fast track" podning. Vi kan så efterfølgende dag, med negativ Covid-podning, modtage patienten i vores egen klinik til objektiv undersøgelse. Der vil dog fortsat være nogle patienter, som efter videovurdering ikke kan udsættes til næste dag. Disse patienter skal vi fortsat kunne henvise til akutmodtagelserne og de kommende vurderingsklinikker. Det er vigtigt, at vi sparer på "fast track" sporene, fordi det går ud over os selv og vores patienter, såfremt disse fyldes op af patienter, som "bare" skulle haft en almindelig podning, uden behov for objektiv vurdering næste dag.

Vi skal fortsætte med at visitere de meget få, af de rigtigt mange, til akutmodtagelserne/ vurderingsklinikkerne, hvis vi ikke kan tage ansvar for, at de kan afvente en objektiv vurdering til næste dag. Det praktiske omkring proceduren kan ændre sig i forhold til ovenstående, men budskabet herfra er, at vi skal passe på "vores" fast-track spor - bruger vi det lægefagligt relevant, så kan det undgå at stase til.

Hospitalsbehandling i eget hjem

Et projekt omkring Hospitalsenhed Midt, som PLO-M har været involveret i og støtter op omkring. Der vil blive undersøgt, hvordan man i stigende grad kan behandle patienterne i eget hjem fremfor indlæggelse, hvor det lægefaglige ansvar forbliver på hospitalet.

Den henvisende praktiserende læge deltager i et konferencekald og bliver honoreret dette. Det er en anerkendelse af, at konferencer mellem praktiserende læger og andre fagpersoner i sundhedsvæsenet koster tid og bør honoreres efter aftale.

Det bliver spændende at følge projektet, se resultaterne og måske udbrede det til resten af vores region. Læs mere om projektet [her](#).

Skynd jer at købe et ydernummer!

Vi vil så gerne, at de praktiserende læger bliver lidt længere og vi vil så gerne have nogle flere yngre læger til at blive praktiserende læger.

Problemet er, at de ældre praktiserende læger har holdt skansen længe og sælger velfortjent videre til næste generation. Både når dette sker, eller når Regionen står med et ydernummer, så har situationen over de sidste måneder ændret sig dramatisk, set med PLO-øjne.

Vi har i Region Midt oplevet, at et stigende antal ydernumre går til såkaldte "stråmænd". Det drejer sig om Speciallæger i Almen medicin, som køber disse ydernumre, men det ser ikke ud til, at de selv vil virke som praktiserende læger i disse - driften vil de lade et eksternt firma om at stå for.

Ovenstående er muligt iht. Sundhedsloven og er ikke noget, PLO-M har lykket at få bremset op. Region Midt har indtil videre ikke ønsket at gøre noget aktivt ved det. Men, det er med bekymring, vi ser på udviklingen, og det får os til at opfordre alle, som bare svagt overvejer at ville eje et (ekstra) 0 ydernummer engang i fremtiden om at gøre noget ved det nu...før det er for sent.

Det er andre brancher før vores, som har set en udvikling med kædedannelse, men det er ikke det, vi bygger almen medicin op omkring, og det er ikke det, vi i PLO-M tænker er den bedste udvikling for vores fag og især i forhold til den vigtige kontinuitet.

UNGE AP LÆGER – KØB JERES PRAKSIS NU! Ikke i morgen, ikke om 2 år, så kan du måske ikke længere få købt den - så er mulighederne for ansættelse måske større, men ikke ejerskab.

HALVUNGE LÆGER I EKSISTERENDE KLINIKKER – KØB ET EKSTRA YDERNUMMER NU! Udvid klinikken, pas på ydernumrene, indtil de større mængder af unge almen medicinere er klar til at gå med ind i ejerskabet.

Regningskontroller i Region Midt

B-markeringssagerne har vi beskrevet tidligere, og det har kostet de klinikker, som er taget ud i kontrollerne, helt urimelig meget administrativ tid. PLO-M har forsøgt sig med forskellige pragmatiske løsningsforslag til Region Midt, men med henvisning til deres revisionspligt har regionen afvist disse. Det sidste skud på (kontrol) stammen er 4484, hvor Region Midt har tilbageholdt september-udbetalingen for nogle få praksis, som har benyttet denne en del over gennemsnittet. Denne model, hvor en udbetaling tilbageholdes, opponerer PLO-M stærkt imod. "Dialogen" med Region Midt er lige startet op.

Det er dog vigtigt at pointere, at de klinikker, der bliver udtaget i disse kontroller, ligger betydeligt over gennemsnittet i deres ydelsesmønster på disse specifikke områder. En venlig henstilling herfra om at

genbesøge vores overenskomst, eventuelle underliggende aftaler, og evt. få diskuteret ordlyden af disse i jeres klinikker. Ved spørgsmål står vi i PLO-M til rådighed for vejledning, så kan vi måske undgå disse regningskontroller fremadrettet.

Dosisdispensering og videokonference

PLO-M lægger fortsat pres på at få aftaler på disse områder med kommunerne i Region Midt. Kommunerne har et behov for både, at vi deltager aktivt i omlægning til dosisdispensering, og at vi afholder videokonferencer med plejepersonalet. Får de disse tjenester af os, uden en aftale, så vælger de naturligvis den løsning. Det er kun os som praktiserende læger, der kan afgøre, om vi ønsker at give denne service uden honorering, eller vi siger nej med henvisning til, at PLO-M ønsker at definere rammerne i en aftale med kommunerne som samlet enhed.

Praksisplanen

Praksisplan for almen praksis er sendt i høring med frist for høringssvar d. 7. december. PLO-M har via Praksisplanudvalget været tæt inde over udarbejdelsen af det udkast til Praksisplanen, der er sendt i høring. Praksisplanen for almen praksis udgør det lokale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis. Udkastet er resultatet af mange og lange drøftelser mellem PLO-Midtjylland, kommunerne og regionen. Link til [høringsversion af Praksisplanen](#).

Valg til PLO's repræsentantskab (og dermed også PLO-M)

Som bekendt afholdes der valg til PLO-Midtjylland/PLO's repræsentantskab i perioden 23. november til 7. december 2020. Valget gennemføres ved elektronisk afstemning. Fristen for opstilling til PLO-Midtjylland er den 9. november 2020 kl. 12.00.

Medlemsmødet

Denne gang vil vi gennemføre! – derfor har vi arrangeret mulighed for virtuel deltagelse.

PLO-Midtjyllands efterårsmøde afholdes torsdag den 22. oktober 2020 kl. 17.00 - 21.00 på Radisson Blu Hotel, Papirfabrikken 12, Silkeborg.

Vi sender live fra medlemsmødet fra kl. 18, og der vil være mulighed for at stille spørgsmål via en chat-funktion, tilmeld dig NU fysisk fremmøde eller live stream deltagelse – se modtaget mail.

Venlig hilsen

Henrik Idriss Kise
Formand PLO-Midtjylland
h.idriss.kise@dadlnet.dk

Lægevagten Region Midt

PLOM
Efterårsmøde
2020

Besøgsområder

- Reduktion og udvidelse af besøgsområder nat fra 8 til 6 fra 15.1.20.
- Baggrund: generelt reduktion i antal besøg og proces med større besøgsområder generelt.
- Foreløbig evaluering er positiv, men Covid-19
- Dog afhentningsaftaler.

Ny vognmandsordning

- Samme starttidspunkt som ændrede besøgsområder.
- Tidligere flere virksomheder, uens uddannelse og besvær om samarbejde mellem besøgsområder
- Én virksomhed – eet besøgsområde
- Krav: Ensartet uddannelse
- Nu nye krav, bl.a. danskegenskaber

Koordinator

Hvor er statistik for antibiotika, besøg og konsultationer?

DR dokumentar

Fase 1 vagtydnummer. Planen er at man skal have mulighed for vagter hele døgnet med den begrænsning der er max én fase 1 på vagt pr vagtperiode,

Nye tiltag under COVID-19

- Visitationsmulighed i konsultationer (flexibilitet, sikre indtjening på vagt, reducere af vagter, besøgsvagten starter med at visitere), videokonsultationer, døvechat (aldrig brugt?), reducere (er allerede kommet med Skive der er lagt sammen hele ugen og Tarm der fjernes udenfor ferieperioder).

Vagtinstruks

- Vagtinstruks – kapaciteter er
vagtforpligtigede/vagtbidrag/udbudsklinikker/
stråmandsklinikker/>60 år og vagtfritagelse
kun for praksisejere

- OK21-22-23 lægevagten og økonomi – primære udgangspunkt

frivillighed i lægevagten ? – da vi måske ikke tror på den voldsomt guldrandede aftale kigger vi allerede fra næste måned på løsninger i egen region

Diskussioner:
Frivillighed i lægevagten,
hjælp til afklaringsklinikker,
OK – ved FU tidligere

	Regnskab 2019	Regnskab 2020, forventet	Budget 2021
Indtægter			
Regionen, bloktilskud	10.766.274	10.628.312	10.836.627
Opstartsbidrag	161.000	230.000	200.000
Driftsbidrag/vagtbidrag *)	3.348.534	3.482.750	3.482.750
<i>I ALT, incl. øvrige indt.</i>	<u>14.247.570</u>	<u>14.306.062</u>	<u>14.484.377</u>
Udgifter			
Honorar og løn	2.855.860	3.000.878	2.920.880
Honorering af vagtlæger	6.999.300	7.167.900	7.409.900
EDB + telefoni	3.163.798	3.350.000	3.200.000
<i>I ALT, incl. øvrige udg.</i>	<u>13.976.386</u>	<u>14.368.966</u>	<u>14.479.607</u>
Resultat	<u>274.174</u>	<u>- 62.940</u>	<u>4.770</u>

*) Driftbidrag/vagtbidrag:

- I 2020 opkrævet kr. 3.600 pr. læge
- Budget 2021 kr. 3.600 pr. læge



Efterårsberetning Lægevagtudvalget 2020

Hvor skal man starte? Reelt er dette en beretning om året der er gået, men SARS-CoV-2 har jo fyldt meget af sendefladen, og I har modtaget en del informationer angående dette.

Status er nu, at vi venter på efterårets komme, eller nærmere betegnet efterårets luftvejsinfektioner.

Oveni den af SST udmeldte håndtering af akut sygdom, der kunne ligne COVID-19, vil vi forvente øgning af syge børn og voksne med forkølelsessymptomer eller influenza. Det betyder at både SST og regionerne i dialog med os kigger på løsninger for håndtering af det forventede øgede antal henvendelser. Lige nu kigger vi på muligheden for fast-track testning af patienter, vi så ville kunne se efterfølgende dag og udredningsklinikker på de 5 akutafdelinger - det sidste er almen praksis/lægevagten som udgangspunkt ikke er en del. Men både regionen og SST foreslår, at vi i almen praksis også kan undvære nogle ressourcer til det. I så fald kræver det aftaler ved honorering og lukning af fx Akutklinikkerne, så der kan frigøres ressourcer, men ingen har udelukkende tænkt, at de klinikker kun er åbne i vagttiden. Forhåbentligt er vi klogere til efterårsmødet.

I løbet af senest uge 43 bliver det muligt for patienter med milde symptomer at booke tid til test for SARS-CoV-2 uden at skulle forbi egen læge. Vi har dog sagt ok til, at de patienter, der skal testes via Covid-testbilen, fortsat kan kontakte lægevagten for rekvisition, da de skal i sygesporet, og også kan henvende sig mhp. svar. Men det bliver under forudsætning af, at det er aftalt, at AMK/personale på plejehjem/institutioner er ansvarlige for at indhente svar på testen.

Ny vognmandsordning

Men for at vende tilbage til start. Året startede faktisk helt roligt, hvis nogle af jer kan huske det. Den ny vognmandsordning trådte i kraft 15. januar samtidig med indførelse af færre og større besøgsområder om natten, hvor vi gik fra 8 til 6 kørende enheder. Selve reduktionen er gået godt, takket være jer alle sammen i vagten.

Vognmandsordningen, hvor Dantaxi fik hele kontrakten på alle vagtområder, fungerer med bump på vejen. Vi krævede ensartethed og opstramning af oplæringen af nye chauffører via DAPUC, samme sted hvor vi afholder akutkurser. Men der har vist sig uregelmæssigheder, og det er alle afskygninger både mht. afhentning, kørsel til hvil, køre- og hviletidsbestemmelser, chauffører der ikke møder op eller møder sent, chauffører der ikke kan træffes, chauffører der nægter at køre besøg, der medfører, at de kommer senere hjem, chauffører der ikke kender til IT eller indhold i bilerne, trætte chauffører etc. Vi har bedt regionen, der har kontrakterne, om at få det afklaret. Specielt her i sensommer/efterår har det fyldt meget, og vi har aftalt et møde med region og Dantaxi til afklaring.

Vagtinstruksen blev opdateret i løbet af forsommeren. Vi havde nogle uoverensstemmelser med regionen vedr. udbudsklinikkernes vagtforpligtigelse, krav om vagtforpligtigelse pr. kapacitet, vagtbidrag og krav om, at man skulle fungere eller bo i regionen for at få vagtydernetnummer samt generel mulighed for praksisejere til at få vagtfri, når man fylder 60. Desuden er det ifølge OK et krav, at vagtinstruksen er godkendt i SU, hvilket den faktisk aldrig er blevet her i regionen. Det er den nu.

Regionen accepterede alle de ovennævnte punkter, som også PLO-M og LVU havde besluttet tidligere. Det betyder, at man er vagtforpligtiget pr. kapacitet, og region samt PLO-M er enige om, at man ikke kan ansætte sig ud af denne forpligtigelse.



Dog reterer der en udfordring med udbudsklinikkerne, da regionen kontraktligt har dispenseret for vagtforpligtigelse for disse. Den landede på, at de er vagtforpligtiget resten af 2020, men for de klinikker, hvis kontrakter udløber i løbet af det kommende år, bliver de vagtfri fra 1.1.21. Alle nye udbudsklinikker er vagtforpligtigede.

Vi har så set nye ejerformer siden sommeren i form af, at klinikkerne opkøbes af speciallæger i almen medicin, der ikke er bosiddende i regionen, og som ikke har påtænkt sig at arbejde i egen klinik, men laver aftaler med vikarbureauer - såkaldte "stråmandsklinikker". Disse klinikker er vagtforpligtigede på lige fod med alle andre klinikker. En sag vi forsat følger.

SARS-CoV-2

Så kom SARS-CoV-2, og siden 9. marts har vagtarbejdet været en helt anden form. Det har I fået information om med de alt for hyppige nyhedsmails i forår/forsommer. Den første udfordring var henvendelserne til lægevagten telefonisk, hvor vi arbejdede på højtryk for at finde alternative løsninger på en udelig national hotline, der skulle aflaste lægevagten, så vi kunne snakke med de rigtigt syge, med besked i telefonsvarer, reklamer, FB-kampanjer, artikler i medier, chatbot, etablering af aktiv patientstøtte til rådgivning vedr. Covid. Dernæst, da vi i midten af marts så, at den nedsatte aktivitet i konsultationer og besøg ville vare noget tid, skulle vi finde løsninger på både hjælp i visitationerne og afbødning af den dårlige honorering på visse vagter. Derfor gik vi både i gang med at afsøge muligheder for telefonvisitation på konsultationerne (ja, allerede på det tidspunkt) og dialog med regionen om en form for rådigheds- eller garantibetaling for at dække lægevagten. Det første var besværet pga. hjemsendte IT-folk, og det sidste havde vi efter en kort møderække med regionen ikke held med; det afviste regionen blankt. Derfor - dvs. det var vi begyndt på - neddrolede vi aktiviteten i visse områder med sammenlægning af enkelte vagtområder. Et par ændringer har vi fastholdt - Skive er udelukkende besøg/konsultationsvagt hele ugen, også weekend undtagen juleperiode og lign. Tarm dagtid besøg er nu kun om sommeren (der så var stille i år) og juleperiode m.m.

Desuden udviklede vi en videokonsultationsmulighed her i regionen, som er endt med faktisk at fungere helt ok. Jeg tror også, hvis den bliver brugt med omtanke, at den afklarar problemstillinger i telefonen, som normalt ville være sendt videre.

Der har været nogle IT-mæssige udfordringer løbende, lidt for hyppigt for mit temperament, og det er efter vi er kommet over på regions-IT, hvad angår de faste enheder. Det er noget som vi drøfter med regionen.

Man kan roligt sige at hele organisationen med vagtchefer og IT-chef har været i sving med at finde lokale løsninger og analyser af aktiviteten mhp. tilpasningen. Yes, vi ser frem til normale tider.

Og det samme med alle jer, der deltager i lægevagten. Tak for tilpasningsevnen og engagementet. Det er jo primært jeres skyld, at lægevagten har fungeret så glimrende og får ros for fleksibiliteten.

Desuden har vi endelig fået regionen til at arbejde med indførelse af akutknappen.

Alle de tiltag er selvfølgelig også med et fokus på, at vi måske med tiden kan rationalisere vagten yderligere og nedsætte antallet af vagter.

OK21

Så nu vil vi også gerne kunne se det på taksterne, for specielt besøg, ved en kommende OK-aftale. Desværre ligger den ikke lige for, og regionerne virker ikke vilde med at skulle prioritere lægevagten. Lægevagten, som vi fortsat ser ligge på almen praksis hænder, har dog behov for en prioritering i en ny OK. Det er PLO-C og forhandlingsudvalget også bevidste om, og også forelagt RLTN. Jeg personligt er ikke optimist, og kan se to muligheder i fremtiden, hvis lægevagten ikke bliver løftet økonomisk og gerne aflastet på andre områder. Det er, at vi kommer til at kigge på en form for frivillighed i lægevagten eller forhandle en helt særskilt lægevagts-



OK. Et arbejde vi vil indlede her i efteråret. Jeg ser ikke en løsning fremtidigt med nuværende økonomi og nuværende vagtforpligtigelse.

Øgning honorar til natkoordinator

Da opgaverne er blevet lidt større om natten efter de nye besøgsområder er trådt i kraft, har vi valgt med virkning fra 1.9.20, dvs. for de vagter man har haft efter denne dato at øge honoraret til natkoordinator fra 2.500 kr. til 3.500 kr. pr. vagt.

Fase 1 og vagtydnummer

Med virkning fra 1.1.21 er det muligt at deltage i lægevagten som fase 1 læge, dvs. man kan opnå vagtydnummer, når man har haft sine uddannelsesvagter og deltaget i minivagtkursus samt akutkursus. For de første, der starter her til januar, vil det være muligt at deltage på akutkursus senest i løbet af foråret 2021. Indtil man starter fase 2, har man udelukkende besøgsvagter på hverdage, men vi evaluerer løbende mhp. ændring af vagtperioder.

Budget

Budgettet gennemgås kort til efterårsmødet. Vi foreslår at fastholde det nuværende vagtbidrag på 3.600 kr./år.

På vegne af Lægevagtudvalget

Søren Svenningsen
Formand for Lægevagtudvalget