



PRAKTISERENDE  
LÆGERS  
ORGANISATION

Dato

27-03-2015

Sagsnr. / Dok.nr.


2014-6562

/ 1087911

# Formandsberetning

**PLO's repræsentantskabsmøde  
den 11. april 2015**

1. Indledning.....	4
2. Ny vision på vej.....	4
3. Kommunikation i højere gear.....	4
4. Data – hvordan? .....	5
5. IT-sikkerheden i almen praksis skal forbedres.....	7
6. Aftalen om fælles medicinkort – en lang rejse.....	7
7. Vi ligger stadig under økonomirammen.....	9
8. Arbejdsmiljøet skal have et eftersyn .....	10
9. Kommunesamarbejdet – store ambitioner.....	10
10. ”Bedre sent end aldrig” .....	12
11. Udeblivelsesgebyret .....	13
12. Efteruddannelse – voksende interesse.....	13
13. Akkrediteringen nærmer sig .....	15
14. Rekrutteringsudvalget er reaktiveret .....	15
15. Plan B-udvalget er reaktiveret.....	16
16. Forslag fra demokratiarbejdsgruppen.....	16
17. Står honoreringen af PLO-R-arbejdet mål med indsatsen?.....	17
18. Lægeforeningen.....	17



## 1. Indledning

Dagsordenen for det kommende repræsentantskabsmøde er lang, udfordrende og spændende. Mange emner er til debat og beslutning. Mødet er samtidig det første repræsentantskabsmøde for rigtig mange nyvalgte repræsentanter – en særlig velkomst til jer!

## 2. Ny vision på vej

Den seneste vision for almen praksis er over 15 år gammel. Der er sket rigtig meget i almen praksis siden, og derfor besluttede bestyrelserne i DSAM og PLO for ca. et år siden at igangsætte et fælles visionsarbejde for almen praksis.

Alle har travlt med at have meninger om almen praksis' fremtid. Derfor er det vigtigt, at også vi præsenterer vores visioner for fremtidens almene praksis.

Visionsprocessen blev indledt med, at vi i sommeren 2014 gennemførte analyser af almen praksis' udfordringsbillede i form af en medlemsundersøgelse, en befolkningsundersøgelse og en analyse af centrale interessenters syn på almen praksis' udfordringer.

Visionsprocessen har været bredt forankret blandt kollegerne: I efteråret 2014 blev der afholdt kommunale medlemsmøder, hvor visionerne for almen praksis blev drøftet. Disse medlemsmøder blev fulgt op af en medlemsundersøgelse i december om fremtidsscenerierne for almen praksis samt fem regionale møder i januar, hvor visionerne igen blev diskuteret.

Den 29. januar mødtes bestyrelserne for PLO og DSAM til en konsensuskonference for at skrive første udkast til visionerne for almen praksis på baggrund af medlemmernes input. Visionsdokumentet har efterfølgende været til kommentering i de fem PLO-R.

Bestyrelsen tolker tilbagemeldingerne fra PLO-R på den måde, at det ikke ønskes, at det foreliggende visionsdokument skal vedtages på det kommende repræsentantskabsmøde. Bestyrelsen lægger derfor i første omgang blot op til en drøftelse af visionsdokumentet og den videre proces.

## 3. Kommunikation i højere gear

Vi har i februar vedtaget en kommunikationsstrategi for 2015. Her lægges der op til, at vi i den kommende periode vil markere os med holdninger og udspil, der kan samle os som praktiserende læger om en offensiv politisk dagsorden, med afsæt i de visioner for almen praksis, vi forventer vedtaget på repræsentantskabsmødet.

En del af kommunikationsstrategien er at være dagsordenssættende: Vi vil spille

ud med bud på løsninger af konkrete, sundhedspolitiske udfordringer, fx løsninger på sundhedsfaglige problemer som dataanvendelse i kvalitetsudvikling, lægedækning, organisering af højere vaccinationsdækning for MFR m.v.

Samtidig skal vi blive bedre til at formidle gode historier fra hverdagen i almen praksis. Bestyrelsen har derfor nedsat et kommunikationsudvalg, der skal levere input til pressehistorier til bestyrelsen og kommunikationsafdelingen.

Både formanden og næstformanden samt de fem regionale formænd vil i 2015 blive tilbudt medietræning.

Der er i Lægeforeningen sat en proces i gang hen imod, at man udvikler en ny fælles hjemmeside og dermed også en ny hjemmeside for PLO, der i endnu højere grad afspejler medlemmernes behov og ønsker. Den nye hjemmeside vil gå i luften i løbet af 2016.

Der vil i 2015 ske en udvikling af vores tilstedeværelse på de sociale medier. Det gælder både Twitter og Facebook, hvor "Bevar familielægen" når meget bredt ud til den danske befolkning. Vedtagelsen af visionsdokumentet vil blive brugt som anledning til at relancere siden - herunder overveje, om den skal have et nyt navn.

Såvel den nært forestående folketingsvalgkamp som Folkemødet på Bornholm vil blive brugt til at sætte almen praksis på dagsordenen.

Omkring Folkemødet har vi aftalt med DSAM's bestyrelse, at vi i fællesskab skal have en markant tilstedeværelse på Folkemødet på Bornholm i midten af juni. Vi har nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter for alle fem PLO-regioner, som pt. er i gang med at udarbejde forslag til emner og deltagerkreds for debatmøder på Folkemødet. Forslaget vil blive forelagt PLO's og DSAM's bestyrelser.

PLO og DSAM har lejet et telt, der får en attraktiv placering ved havnen i Allinge. Teltet vil danne rammen om mindst seks debatmøder om væsentlige emner af betydning for almen praksis med deltagelse af markante aktører på det sundhedspolitiske og sundhedsfaglige område.

Målet er, at vi dermed kommer i dialog med både borgere, journalister, politikere og andre aktører i sundhedsvæsenet. Samtidig vil teltet være et samlingssted for de kolleger, der deltager i Folkemødet.

## **4. Data – hvordan?**

### Datatilsynet

Da repræsentantskabet var samlet sidst, havde Statens Serum Institut (SSI) netop offentliggjort, at de alene havde givet hjemmel til at indsamle oplysninger for KOL, diabetes, hjertesvigt og depression fra patienterne i almen praksis til Den

AlmenMedicinske Database (DAMD). De resterende indsamlede data ville SSI ikke tage stilling til, men henviste til Datatilsynet og persondataloven.

Kort efter repræsentantskabsmødet meddelte Datatilsynet, at man ikke fandt grundlag for, at der kunne indsamles data bredt fra almen praksis til DAMD. Som konsekvens heraf var PLO og Danske Regioner, og ikke mindst Region Syddanmark som den dataansvarlige myndighed, enige om, at alle de data, der ikke har været lovlig hjemmel til at indsamle, skulle slettes.

#### Rigsarkivet

Dette nåede dog ikke at blive effektueret, før Rigsarkivet, under Kulturministeriet, meldte sig på banen og udbad sig en kopi af DAMD, før de ulovlige dele herfra blev slettet. Man mente, og mener fortsat, at oplysningerne heri er bevaringsværdige og rummer unikke oplysninger, som er vigtige at bevare for eftertiden.

Vores forundring er stor – for at sige det mildt: Hvordan kan en myndighed gøre krav på ulovligt indsamlede personfølsomme oplysninger? Det vil være et alvorligt slag mod det fortrolige læge- patientforhold, der er så afgørende for udførelsen af vores fag. Vi er stærkt bekymret for, om vi i almen praksis efter denne sag igen kan samles om at indsamle og bruge fortrolige patientinformationer til en konstruktiv og værdifuld kvalitetsudvikling af vores daglige patientbehandling. Det kan få negative konsekvenser for den generelle kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

#### Lovforslag

Kulturministeriet har sendt et udkast til lovforslag i høring, hvori ministeriet forsøger at imødekomme vores kritik ved at blokere de ulovligt indsamlede patientoplysninger for adgang i 120 år, samt yderligere 110 år for offentlig adgang.

Vi har i vores høringssvar stillet os uforstående over for eftertidens interesse i ulovligt indsamlede personfølsomme oplysninger. Efter vores opfattelse er den eneste logiske konsekvens af, at Datatilsynet har erklæret, at data i DAMD er ulovligt indsamlet, at disse data skal slettes. Hvis Folketinget vedtager lovforslaget i dets nuværende form, er fremtiden for en arkiveret version af DAMD usikker og underlagt et fremtidigt folketingsflertals luner. Dette skaber usikkerhed om håndteringen af fortrolige patientdata i almen praksis, hvilket vil være til ubodelig skade for kvalitetsudviklingen.

I skrivende stund er de ulovligt indsamlede oplysninger i DAMD ikke slettet, og bestyrelsen besluttede på mødet den 26. marts at opfordre kolleger og patienter til at henvende sig til Region Syddanmark for at få slettet disse oplysninger.

#### Dataudvalg etableret

Hele sagen om de ulovligt indsamlede patientdata fra almen praksis har gjort det klart, at vi i PLO skal have en bedre og bredere debat om, hvordan og til hvilke

formål vi ønsker at bruge disse oplysninger. Til det formål er der nu nedsat et fælles dataudvalg mellem PLO og DSAM. I udvalget indgår repræsentanter fra PLO-R samt repræsentanter fra forskningsenhederne og DAK-E.

I udvalget er der forskellige holdninger til tilvejebringelse og brug af data, men der er bred enighed om, at data kan og bør bruges til gavn for patientbehandlingen og lægens læring om egen patientpopulation. Det er et godt grundlag at arbejde ud fra.

Herfra skal det så afklares, i hvilket omfang, og hvordan, oplysningerne kan deles med kollegaer i det resterende sundhedsvæsen, ligesom adgangen til forskningsformål og myndighedernes behov for indblik også skal afklares. På nogle af områderne er vi bundet af sundhedsloven, men der er stadig et meget stort spillerum, hvor vi bliver nødt til at finde en bred konsensus om anvendelsen af vores patienters helbredsoplysninger. Det skal være aftaler med PLO, der bestemmer tredjeparts adgang til patientdata fra almen praksis og ikke tvang via lovændringer eller bekendtgørelser.

Debatten indledes på dette repræsentantskabsmøde og vil fortsætte herefter. Det er håbet, at der i den kommende tid kan fastlægges nogle principper for brugen af data fra almen praksis, som vi kan bringe ind i alle de fora, hvor myndighederne er i fuld gang med at implementere de politiske beslutninger, der rummer krav om mere gennemsigtighed og større fælles anvendelse af patientinformationer generelt.

## **5. IT-sikkerheden i almen praksis skal forbedres**

Der er behov for at styrke IT-sikkerheden i almen praksis. Vi har derfor besluttet at iværksætte et udviklingsarbejde omkring IT-sikkerhed i almen praksis. Baggrunden er, at når vi registrerer oplysninger om vores patienter i vores praksissystemer, bliver vi omfattet af persondatalovens regler. Når vi indsamler og registrerer personoplysninger, er vi efter loven dataansvarlige. Det betyder bl.a., at vi har ansvar for, at personoplysningerne beskyttes, er opdateret og korrekte.

Vi har besluttet at indgå i et samarbejde med systemleverandørerne, MedCom og eksterne IT-jurister om at udarbejde en standardaftale mellem praksis og systemleverandøren til frivillig afbenyttelse blandt kollegerne. Herudover vil vi komme med råd og vejledning til, hvordan vi kan sikre IT-systemerne mod uretmæssig adgang.

Vi kommer også til på anden vis at arbejde med IT-sikkerhedsspørgsmål i de kommende år, idet vi som en del af den kommende akkreditering skal arbejde med datasikkerhed (standard 2.5).

## 6. Aftalen om fælles medicinkort – en lang rejse

### Lang optakt

Som følge af den planmæssige udrulning af FMK i kommunerne blev der i 2014 indledt en længerevarende dialog mellem KL og PLO om KL's ønsker om indgåelse af en hensigtserklæring vedrørende anvendelse af FMK til udveksling af oplysninger om borgernes medicinering.

Det udkast til hensigtserklæring, som vi blev præsenteret for, indebar blandt andet, at vi skulle foretage ajourføring i forlængelse af egne ændringer i en borgers medicinkort på FMK. KL forklarede nødvendigheden af denne ajourføring med, at kommunerne i forbindelse med medicinadministration til fælles patienter har behov for et advis om, at medicinkortet er aktuelt.

Dialogen resulterede i, at vi i det sene efterår besluttede, at der skulle rejses et krav over for RLTN om betaling for oprydning i medicinkort tilhørende patienter, som får administreret medicin af kommunen. Vi anså en sådan oprydning for en forudsætning for, at man kunne komme videre med KL's ønsker om ajourføring i relation til medicinadministration. Men allerede ved de indledende drøftelser med vores overenskomstmodpart stod det klart, at RLTN ikke kunne være aftalepart. En ”oprydningsaftale” kunne ifølge RLTN alene indgås lokalt, fordi de dermed forbundne udgifter skal afholdes af de enkelte kommuner og regioner.

### Forhandlingsprocessen

Vi vurderede herefter, at det vigtigste for PLO ikke var at insistere på en bestemt forhandlings- og aftalestruktur, men derimod at facilitere den lokale aftaleindgåelse. Derfor indledte vi egentlige forhandlinger med Danske Regioner og KL om en FMK-implementeringsaftale, som skulle tiltrædes af PLO-R samt regioner og kommuner, før den fik virkning.

Aftalen lå klar til central godkendelse kort før jul, hvor den blev endelig godkendt af bestyrelsen. Herefter blev aftalen sendt til PLO-R med henblik på tilslutning. Vi vurderede umiddelbart, at den lokale aftaleindgåelse var en formsag for PLO, fordi vi jo havde forhandlet aftalen færdigt centralt. Samme vurdering havde KL og Danske Regioner, og vi har da også set, at alle kommuner og regioner har tilsluttet sig aftalen.

Vi har i PLO efterfølgende kunnet konstatere, at det ikke er gået så let som forventet, idet der undervejs i forløbet er dukket mange spørgsmål op til indholdet i aftalen, hvilket vi har håndteret ved efterfølgende at udarbejde et præciserende og bindende forståelsespapir til aftalen. I de fleste forhandlinger ville man naturligvis have søgt at genåbne forhandlingerne og foretaget nødvendige præciseringer og tilretninger. Dette vurderede aftaleparterne dog som umuligt på grund af den allerede gennemførte lokale proces i 98 kommuner og fem regioner.

Resultatet er nu blevet, at vi centralt har aftalt dokumenter i form af en enighedsaftale, en implementeringsaftale og et forståelsespapir. Implementeringsaftalen skal som sagt tiltrædes lokalt. I tre regioner er aftalen tiltrådt, mens PLO-Syd og PLO-H ikke har ønsket at tiltræde aftalen, men i stedet har ønsket at føre decentrale forhandlinger om FMK-oprydningen.

#### Fortsat mange problemer i FMK

Sundhedsstyrelsens retningslinjer om lægens ansvar ved brug af FMK er uklare. Vejledningen siger således, at lægen med en ajourføring sender et signal til den næste bruger af FMK om, at medicinkortet udviser patientens aktuelle medicinering. Samtidig præciserer styrelsen, at en ajourføring ikke i sig selv er forbundet med noget selvstændigt ansvar. Det vil sige, at ansvaret er det samme som det ansvar, man påtager sig ved en regelret medicinordination. Der er noget selvmodsigende i disse udsagn. Konklusionen må være, at Sundhedsstyrelsen må vurdere ansvarsforholdene yderligere. Forventningen er, at ajourføring med tiden bliver overflødig, når alle anvender FMK korrekt.

Ikke desto mindre har vi som sagt vurderet, at vi i implementeringsaftalen godt kunne forpligte os til - under de anførte forudsætninger - at foretage løbende ajourføring efter egne medicinændringer. Årsagen er, at vi kender de af vores patienter, som er omfattet af aftalen, og vi har en tæt kontakt med kommunen om netop disse patienter. Herudover imødeser vi en lettelse rent administrativt, da vi med løbende ajourføring forventer at slippe for gentagne anmodninger fra kommunen om at ajourføre patientens medicinkort. Vi slipper for at kontakte hjemmeplejen ved ændringer i medicindoseringen. Fremover vil der automatisk blive afsendt et advis til hjemmeplejen hver gang, vi foretager medicinændringer i FMK.

Den principielle afklaring af ansvaret ved ajourføring er ikke blot relevant for PLO, men for alle vore lægekolleger. Vi må derfor i regi af Lægeforeningen rejse dette spørgsmål over for Sundhedsstyrelsen, ligesom vi løbende over for bl.a. Danske Regioner og NSI skal påpege eksisterende problemer med anvendelsen af FMK generelt. Her tænkes ikke mindst på det problematiske i, at FMK kører i flere versioner, sygehusenes manglende ajourføringer, og at der fortsat er problemer i relation til dosisdispensering. Der er også problemer med anvendelsen af FMK i lægevagten, hvor Sundhedsstyrelsens krav om ajourføring skaber en række uhenigtsmæssigheder.

## **7. Vi ligger stadig under økonomirammen**

Der er nu gået godt et halvt år, siden den nye overenskomst trådte i kraft. Med den blev almen praksis igen underlagt en økonomiramme. Efter de fire første måneder af det nye overenskomstår er status, at vi ligger ca. 90 mio. kr. under loftet.

En konservativ fremskrivning baseret på de første fire måneder af overenskomståret forudser, at omsætningen efter det første overenskomstår vil ligge 250-300 mio. kr. under økonomirammen. Hertil udestår dog korrektion for en række for-



hold, herunder ikke mindst de nye akutordninger i en række regioner samt udvidet arbejdsopgaver i forbindelse med eksempelvis tarmkræft og MRSA. Den rene effekt af regionens hjemtagning af akutbetjeningen i Hovedstaden udgør isoleret set ca. 155 mio. kr.

Bestyrelsen finder, at det er bekymrende, at almen praksis i denne tid tilsyneladende oplever en omsætningsmæssig afmatning. Forventningen er ellers en stigende aktivitet i almen praksis i takt med nye opgaver i almen praksis, herunder overdragelse af opgaver fra sygehusene.

## 8. Arbejdsmiljøet skal have et eftersyn

Fra bl.a. vores løbende medlemsundersøgelser rapporteres om stigende problemer med arbejdsmiljøet og derfor har bestyrelsen besluttet at gennemføre en kortlægning af det psykiske arbejdsmiljø i almen praksis. Undersøgelsen ventes gennemført senere på året i samarbejde med en af de arbejdsmedicinske klinikker.

## 9. Kommunesamarbejdet – store ambitioner

### Nye formænd og ny håndbog

Der har i de første måneder af året været afholdt valg til PLO-K med det resultat, at mange nye formænd er kommet til. Ikke alle har erfaring med tillidsmandsarbejde i PLO, og det er derfor vigtigt, at der bliver gjort en ekstra indsats for at klæde formændene på til at varetage deres nye opgaver. Det er primært PLO-R og Lægeforeningens regionale sekretariater, der har kontakten til PLO-K, men PLO har også centralt iværksat initiativer målrettet PLO-K formændene.

Med forankring i Kommune- og Forebyggelsesudvalget er der for nylig udarbejdet en elektronisk håndbog målrettet PLO-K. Håndbogen beskriver de organisatoriske, økonomiske og juridiske rammer for arbejdet i PLO-K og indeholder i øvrigt en række faktuelle oplysninger og praksisnære råd med relevans for det kommunale tillidsmandsarbejde. Håndbogen er tænkt som et dynamisk opslagsværk, som løbende kan opdateres og suppleres efter behov. Håndbogen ligger på PLO's side på laeger.dk, hvor den er placeret under fanen 'Samarbejde med kommuner'.

PLO samler i øvrigt alle landets PLO-K formænd, formandskaberne for PLO-Regionalt og bestyrelsen til PLO-K træf den 5. maj på Hindsgavl Slot i Middelfart. Programmet for dagen vil omfatte information om rammerne for arbejdet i PLO-K og vil desuden rumme mulighed for netværksdannelse og erfaringsudveksling på tværs af og internt i regionerne. Kommune- og Forebyggelsesudvalget står for planlægningen af dagen og bliver også tovholder for opfølgningen på arrangementet.

### Nye politikker

På opdrag fra bestyrelsen har Kommune- og Forebyggelsesudvalget de seneste måneder arbejdet med formuleringen af et PLO politikpapir vedrørende det nære sundhedsvæsen. Politikpapiret tager form som et katalog, der kortfattet samler

PLO's forslag til indsatsområder under overskrifterne ældreområdet, psykiatri, misbrug, børn og unge, arbejdsmarkedsområdet samt samarbejde generelt. Politikpapiret ventes efterhånden at blive suppleret med delpolitikpapirer, der uddyber PLO's politik på udvalgte områder.

Vi forventer at kunne præsentere et forslag til politikpapir vedrørende det nære sundhedsvæsen på repræsentantskabsmødet til efteråret.

Bestyrelsen besluttede i efteråret 2014 at lade Kommune- og Forebyggelsesudvalget arbejde med at belyse modellen med fast tilknyttede læger på plejecentre. Behovet for at formulere en PLO-politik og et paradigme på dette område er aktualiseret af den store interesse, som kommuner og regering har vist for modellen, efter at forskningsinstituttet SFI i august 2014 offentliggjorde en positiv evaluering af det pilotprojekt, der har afprøvet modellen på syv plejecentre i 2012-2014.

Kommune- og Forebyggelsesudvalget har dels forhørt sig om erfaringerne med pilotprojektet hos PLO-K og de fast tilknyttede læger i projektkommunerne, dels efterspurgt tilbagemeldinger fra alle PLO-K, for så vidt angår de lokale lægers interesse for modellen og PLO-K's vurdering af muligheden for at rekruttere praktiserende læger til stilling(er) i lokalområdet. Udvalget bearbejder i øjeblikket de indkomne tilbagemeldinger og forventer at kunne fremlægge udkast til delpolitikpapir og paradigme for lokalaftaler på området for PLO's bestyrelse umiddelbart efter sommerferien, hvorefter det vil blive forelagt repræsentantskabet.

### Akutfunktionerne

Lægebetjening af kommunale akutfunktioner er et andet tema, der trænger sig på i samarbejdet med kommunerne. Bestyrelsen vedtog i juni 2014 delpolitikken 'PLO's politik vedr. lægebetjening af kommunale akutfunktioner' samt et paradigme på området. Foreløbigt er der med udgangspunkt i paradigmet indgået aftale mellem Aalborg Kommune og PLO-Nordjylland om lægebetjening af akuttilbud i Aalborg.

Internt i PLO er der fortsat megen debat om, hvordan almen praksis skal forholde sig til de nye opgaver, der er forbundet med lægebetjeningen af kommunale akutfunktioner. Grundlæggende skal vi have et skarpt øje for, at de kommunale akutfunktioner ikke udvikler sig til minisygehuse eller B-sygehuse – det kan ingen være tjent med.

Vore bekymringer knytter sig særligt til opgavernes omfang og vanskelighederne med at opnå en klar afgrænsning af det almenmedicinske i opgaverne. Med henblik på at få tilvejebragt mere viden om lægernes tidsforbrug og typen af opgaver forbundet med lægebetjeningen af akutfunktioner undersøger Kommune- og Forebyggelsesudvalget i øjeblikket mulighederne for at gennemføre audits af praktiserende lægers inddragelse i patientforløb ved kommunale akutfunktioner.

For så vidt angår vanskelighederne med at afgrænse kommunale akutfunktioner fra andre særlige tilbud i den kommunale hjemmesygepleje, herunder aflastnings-

pladser, rehabiliteringspladser og korttidspladser, bliver disse ikke mindre af, at begreberne anvendes noget inkonsekvent i kommunerne. En fælles forståelse og anvendelse af begreberne – herunder klarhed om målgruppe, plejepersonalets kompetencer og behovet for almenmedicinsk lægebetjening i forbindelse med bestemte tilbud – må forventes at kunne bidrage til at lette overblikket og samarbejdet lokalt. På vores initiativ er der derfor indledt et samarbejde med KL og Sundhedsstyrelsen om en fælles afgrænsning af begreberne.

## 10. ”Bedre sent end aldrig”

I mange år har vi i almen praksis sukket efter, at samfundet investerer i almen praksis. Det er god sundhedsøkonomi at sørge for, at almen praksis har nogle arbejdsbetingelser - i bredeste forstand - der muliggør, at vi kan løse vores opgaver på en ordentlig måde og dermed spare samfundet for en stor ekstraregning, fordi opgaverne ellers skal løses i hospitalsvæsenet.

Finanslovsforliget for 2015, der bygger på regeringens sundhedsudspil fra august, "Jo før - jo bedre," markerer lidt af et paradigmeskifte i det sundhedspolitiske tanke-sæt. Et flertal i Folketinget har besluttet at bruge 6,5 mia. kr. over de kommende fire år på en storstilet satsning i sundhedsvæsenet, og almen praksis spiller en hovedrolle i finanslovsforliget.

Blandt de mange initiativer kan fremhæves styrkelse af vores efteruddannelse, bedre tilgængelighed til hospitalernes diagnostiske faciliteter og investering i større lægehuse.

Der er mange positive elementer i finanslovsforliget på sundhedsområdet, men der er også et par elementer, vi forholder os kritisk til:

Regeringen vil fx indføre et målrettet sundhedstjek af borgere med særlig sundhedsrisiko, og her skal vi være opmærksomme på, at programmet tilrettelægges korrekt, så det reelt virker på målgruppen.

Et andet element, som bør indtage en høj placering på vores observationsliste, er regeringens oprindelige forslag om indførelse af kvalitetsbaseret honorering. Umiddelbart lyder det tilforladeligt, at vi skal honoreres efter den kvalitet, vi skaber for patienterne, men bl.a. erfaringer fra Storbritannien viser, at der er tale om et minefelt af faglige problemstillinger, hvor det er vigtigt med veludviklede minesøgere for at undgå katastrofer. Vi kan også på dette område se, at der er lyttet til kritikken, idet der nu er afsat 200 mio. kr. til projektafprøvning af henholdsvis kvalitetshonorering og socioøkonomisk differentiering af honorarsystemet.

Regeringen har fra dag 1 lovet DSAM og PLO stor indflydelse på udviklingen, planlægningen og implementeringen af de mange initiativer. Det vil vi naturligvis holde regeringen fast på. Tilsvarende vil vi selvfølgelig insistere på, at der skal

indgå underliggende aftaler med os, hvis realiseringen af finanslovsforliget medfører nye opgaver i almen praksis.

Vi ved ikke, hvad der sker med finanslovsforliget efter det kommende folketingsvalg, men vores vurdering er, at der bredt i Folketinget er forståelse for almen praksis' betydning for sundhedsvæsenet. Om det samme, brede flertal har en tilsvarende investeringsvilje i almen praksis, må tiden vise. PLO vil gøre, hvad vi kan, for at presse på.

## 11. Udeblivelsesgebyret

Ved sidste overenskomstforhandling ønskede PLO indført en bestemmelse om udeblivelsesgebyr svarende til, hvad der gælder i fx FAPS-overenskomsten. Vi kom ikke igennem med dette krav, men oplyste loyalt over for vores modpart, at fraværet af en overenskomstbestemmelse ikke ville få som konsekvens, at medlemmerne var afskåret fra at kræve udeblivelsesgebyr.

Siden har vi arbejdet videre med emnet, og vi meldte i sommeren 2014 ud, at vi hverken ville anbefale eller fraråde indførelsen af udeblivelsesgebyr, men at det i givet fald skulle ske med stor omtanke og først efter, at patienten var gjort bekendt med gebyret.

På baggrund af et folketingsspørgsmål meldte Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i efteråret ud, at ministeriet anså det for ulovligt at opkræve udeblivelsesgebyr, når der ikke er en udtrykkelig hjemmel i sundhedsloven eller i overenskomsten. Samtidig blev det slået fast, at det er lovligt, at Region Midtjylland på forsøgsbasis opkræver udeblivelsesgebyr på regionens sygehuse, da sundhedsloven har fået en bestemmelse, der giver sygehuse denne mulighed.

Vi er ikke enige med ministeriet, og vi har senest fået opbakning fra en juraprofessor, der har udarbejdet et responsum om emnet. Her er konklusionen, at praktiserende læger som liberale erhvervsdrivende er berettigede til at udskrive udeblivelsesgebyr, hvis det gøres klart for patienten, når der aftales tid. Dette skal ske på sagligt grundlag, der må ikke forskelsbehandles og vigtigst: Det må ikke stilles som en betingelse for behandling, at patienten betaler udeblivelsesgebyret.

Senest har vi hørt, at også regionerne problematiserer, at nogle af vores medlemmer er startet med at opkræve udeblivelsesgebyr. Vi arbejder fortsat videre med sagen og har på baggrund af professorens responsum indledt en dialog med Sundhedsministeriet.

## 12. Efteruddannelse – voksende interesse

Efter et betydeligt fald i tilmeldingerne til kurser i 2013, hvor der også kunne konstateres et tilsvarende fald i trækket på Efteruddannelsesfonden, er der nu igen stor interesse for at deltage i efteruddannelsesaktiviteter.

### Lægedage

I 2014 blev Lægedage afholdt for 24. gang, og også denne gang viste kollegerne deres store interesse for at deltage. Over en tredjedel af alle landets praktiserende læger deltog, og det samme gjorde en markant stor del af såvel kommende praktiserende læger som af praksispersonalet. Antallet af deltagere på Lægedage 2014 var 2.828, hvilket er større end nogensinde. Kvaliteten blev igen holdt i hævd, og som samlingssted er Lægedage unikt. Disse to faktorer er utvivlsomt med til at fastholde Lægedages succes.

Åbningstalen den 10. november blev holdt af sundhedsminister Nick Hækkerup. Årets hovedtema var *Almen praksis – krumtappen i det samarbejdende sundhedsvæsen*.

I løbet af ugen blev der afholdt 122 kurser, indeholdende en bred vifte af emner. Endvidere bød Lægedage på 13 færdighedsværksteder for både læger og praksispersonale. Lægetorvet havde fået et nødvendigt lift i opbygningen tillige med en udvidelse. Og for første gang var der udstillere på venteliste.

### Kurser

Også for den øvrige kursusaktivitet i PLO Efteruddannelse er der positive tendenser at spore: Aflyningsprocenten for øvrige kurser er eksempelvis faldet fra 30 % i 2013 til under 5 % i 2014. Det er glædeligt, at lysten til at deltage på kurserne er vendt tilbage. For udover den faglige opdatering, man får på kurserne, er der også en stor værdi i at mødes med kollegaer og udveksle erfaringer.

Stigningen i kursusdeltagelse gør sig ikke kun gældende for kollegerne. Vi har også kunnet se en stigning i klinikpersonalets deltagelse på kurser udbudt af PLO Efteruddannelse. Der er, trods stigningen, igangsat et udviklingsarbejde, der skal styrke udbuddet af kurser for klinikpersonale med flere års erfaring. Udover denne satsning sættes der også fokus på den geografiske spredning af udbuddet, således at kurserne i større omfang udbydes uden for hovedstadsområdet.

### Nye godkendelseskriterier

Igennem en årrække har der været drøftet godkendelseskriterier for den refusionsberettigede efteruddannelse. Danske Regioner har blandt andet stillet sig skeptisk over for godkendelsen af kurser afholdt i udlandet - særligt kurser afholdt uden for EU. Der er nu indgået en aftale om nye godkendelseskriterier for den selvvalgte efteruddannelse, som fortsat gør det muligt at afholde kurser i udlandet. Der skal dog fremover kunne dokumenteres særlige faglige begrundelser for, at kurser afholdt uden for EU kan opnå refusion.

Derudover er det blevet indskærpet, at kurser ikke må markedsføres som andet end faglige kurser. I praksis forventes de ændrede godkendelseskriterier dog ikke at mindske antallet af godkendelser nævneværdigt.

### Systematisk efteruddannelse

Aftalen om systematisk efteruddannelse, som giver alle læger ret til tre dages efteruddannelse til en forhøjet refusionstakst, er ved at blive konkretiseret. Siden november har der været iværksat en omfattende, som har omfattet ikke mindre end 150 speciallæger i almen medicin fra DGE-grupper, forskningsmiljøerne og regionerne.

Behovsafdækningen har vist, at der er en række temaer, som både DGE-grupperne, eksperterne og regionerne har været enige om bør prioriteres i den systematiske efteruddannelse.

Når bestyrelsen i Fonden for Almen Praksis den 7. april har truffet sin endelige afgørelse, vil temaerne blive beskrevet i en række konkrete kursusbeskrivelser. PLO Efteruddannelse vil i tæt samarbejde med DGE-koordinatorer og vejledere samt relevante personer i Danske Regioner koordinere udbuddet, så der sikres en høj, faglig kvalitet i de udbudte kurser.

## **13. Akkrediteringen nærmer sig**

En tredjedel af kollegerne er nu i fuld gang med at forberede det akkrediteringsbesøg, de kan imødesee i begyndelsen af 2016. Disse klinikker bliver på mange måder prøveballoner i forhold til den akkreditering af almen praksis, herunder den organisation, der er etableret omkring støtten til almen praksis i forbindelse med akkrediteringen. Der arbejdes ihærdigt i de enkelte regioner på at give den rette hjælp og støtte. Der vil dog helt sikkert være områder, hvor vi skal forbedre vores tilbud, og derfor bliver det vigtigt at lytte til erfaringerne, opsamle dem og hurtigt rette tilbuddene til, så de næste, der skal akkrediteres, får gavn heraf.

Det har fra begyndelsen været et kardinalpunkt for PLO, at de konkrete akkrediteringsbesøg ledes af en praktiserende læge. Det ser også ud til at kunne lykkes. IKAS har i hvert fald modtaget knap 50 ansøgninger fra praktiserende læger til jobbet som surveyors.

Det er stadig vores klare opfattelse, at det standardsæt, der akkrediteres efter, er anvendeligt og ikke indeholder krav til den enkelte praksis, der er meningsløse eller urimelige. Når akkrediteringen er gennemført, er det vores håb, at det for den enkelte klinik har haft positiv værdi i forhold til klinikkens kvalitetsudvikling, patientsikkerhed og patientbehandling.

Endelig ser det ud til, at det vil lykkes at etablere et forskningsprojekt med fokus på implementering og effekt af akkrediteringen af almen praksis.

## 14. Rekrutteringsudvalget er reaktiveret

Vi har, sammen med DSAM, nedsat et rekrutteringsudvalg, som består af deltagere fra PLO, DSAM, FYAM og SAMS.

Formålet med rekrutteringsudvalgets arbejde er at konkretisere og implementere relevante tiltag for at øge interessen for specialet almen medicin.

Udvalget har fokus på, at der nationalt foreligger et stort behov for ”imageforstærkelse” for specialet almen medicin, herunder at markedsføre specialet.

Det er endvidere vigtigt, at man allerede tidligt i studieforløbet på de forskellige medicinske uddannelsessteder i Danmark sætter ressourcer ind på at tiltrække medicinstuderende til specialet. Som medicinstuderende vælger man nu retning tidligere i studieforløbet end før (blandt andet på grund af femårsfristen), hvorfor det er af stor betydning at udbrede kendskabet til almen medicin under hele universitetsuddannelsen.

Rekrutteringsudvalget har endvidere fokus på tendensen til, at man går mod en centralisering af almen praksis i byerne, hvilket medfører rekrutteringsproblemer i udkantsområderne. Der er i udvalget enighed om, at en generel øget rekruttering til almen medicin er en vigtig vej til at forbedre rekrutteringssituationen i disse områder.

Udvalget vil gennemføre to spørgeskemaundersøgelser i løbet af foråret 2015. Hensigten er at få kortlagt incitamenterne til dels at få studerende til tidligt at vælge specialet almen praksis, dels at få almen praksis til at blive mere attraktivt for KBU-lægerne, det vil sige kortlægge, hvordan man generelt øger værdien af ”varemærket” almen medicin som speciale, så man også kan sikre rekruttering til yderområderne i Danmark.

Der kommer en rapport fra udvalgets arbejde senest den 1. december 2015.

## 15. Plan B-udvalget er reaktiveret

Plan-B udvalget aflagde som bekendt sin rapport for PLO’s repræsentantskab på det ekstraordinære repræsentantskabsmøde for et år siden. Her drøftede repræsentantskabet rapporten, hvorefter det blev besluttet, at der med udgangspunkt i rapportens beskrevne model 2 (PLO-selskabet) skulle indhentes et tilbud på udarbejdelse af en sådan virksomhedsmodel.

Et tilbud fra advokatfirmaet Kromann Reumert blev efterfølgende, for så vidt angår fase I (analyse) og fase II (afklaring), godkendt af repræsentantskabet på mødet den 5. april 2014, hvorefter firmaet blev anmodet om at igangsætte arbejdet.

På repræsentantskabsmødet den 29. november 2014 forelå advokaternes notat om overvejelser vedrørende etablering af et PLO-selskab. Repræsentantskabet drøftede notatet og besluttede, at Plan B-udvalget skulle genopstå med henblik på yderligere undersøgelse og afklaring af alternativer til det nuværende samarbejde med RLTN.

Bestyrelsen har derfor nu nedsat et nyt Plan B-udvalg med deltagelse af to bestyrelsesmedlemmer og et medlem fra hvert PLO-R. Udvalget har afholdt første møde den 2. marts og har i 2015 planlagt en møderække. På repræsentantskabsmødet vil udvalget orientere om status for sit arbejde.

## **16. Forslag fra demokratiarbejdsgruppen**

Repræsentantskabet nedsatte i efteråret 2013 en arbejdsgruppe, der skulle give PLO's demokratiske funktionsmåde et serviceeftersyn.

Arbejdsgruppen arbejdede i første omgang med forslag til ændringer i PLO's regelsæt omkring valg til repræsentantskabet, som repræsentantskabet godkendte i foråret 2014, og som derfor var gældende ved valget til repræsentantskabet i efteråret 2014. Konkret blev det godkendt, at man ikke kan være medlem af repræsentantskab og bestyrelse samtidig. Endvidere at kandidater til repræsentantskabet skal foretage selvdeklarering.

Arbejdsgruppen har derefter arbejdet videre og vurderet, om den demokratiske funktionsmåde bør ændres omkring valg til bestyrelse, PLO-K, tillidsposter med videre. Arbejdsgruppen har i den forbindelse bl.a. drøftet valgbarhed, kandidaters selvdeklarering og valgprocedurer. Arbejdsgruppen har endvidere drøftet regelsættet omkring afvikling af repræsentantskabsmøder, herunder stemmeret, afstemningsform, urafstemning, åbne/ikke åbne repræsentantskabsmøder, referat fra repræsentantskabsmøder med videre.

Endelig har arbejdsgruppen drøftet tidspunkt for valg af formand og afholdelse af repræsentantskabsmøder med videre.

Arbejdsgruppen stiller en række forslag på det kommende repræsentantskabsmøde, herunder som en naturlig forlængelse af repræsentantskabets tidligere beslutning, at selvdeklarering også kommer til at gælde for valg til bestyrelse og PLO-K.

Arbejdsgruppens rapport med beskrivelse af de forskellige forslag blev udsendt til repræsentantskabet den 17. februar og er blevet drøftet i PLO-R og på medlemsmøderne, og der er - som sidst demokratiarbejdsgruppen fremlagde forslag - formentlig forskellige holdninger til forslagene. Det vil repræsentantskabets drøftelser vise.



## **17. Står honoreringen af PLO-R-arbejdet mål med indsatsen?**

På det sidste repræsentantskabsmøde besluttedes at øge honoreringen af arbejdet i PLO-K. Bestyrelsen har drøftet, om der også bør ske en justering af honoreringen af arbejdet i PLO-R.

De nuværende honoreringsregler er fra 2010, og spørgsmålet er, om der i den forløbne periode er sket en forøgelse af arbejdet i PLO-R, der berettiger til en honorarjustering.

I første omgang vil bestyrelsen drøfte emnet med de regionale formandskaber på det førstkommende FUR-møde den 14. april. Et eventuelt forslag om justeringen af honoreringen vil kunne præsenteres på repræsentantskabet til efteråret.

## **18. Lægeforeningen**

Vi har et godt og velfungerende samarbejde i Lægeforeningens bestyrelse (LFB), hvor vi siden sidste repræsentantskabsmøde har arbejdet med politikpapirer om det medicotekniske område, selvjustits og bedre patientforløb.

Pensionerede læger har også været på dagsordenen i LFB. Foreningen af Pensionerede Læger (FPL) ønsker større indflydelse i Lægeforeningen. Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der bl.a. har resulteret i, at pensionisterne nu er blevet medlem af en række udvalg i Lægeforeningen. FPL har også ønske om at blive medlemmer af LFB og bestyrelsen i Lægernes Pensionskasse. Dette ønske har ikke umiddelbart kunnet imødekommes.

Lægeforeningen står over for personudskiftninger i formandskabet på det forestående Lægemøde, idet Jette Dam-Hansen stopper som næstformand på grund af funktionstidsbegrænsningen på seks år. Mads Koch Hansen har meddelt, at han af personlige årsager stopper som formand.

Reglerne for nyvalg er sådan, at LFB blandt sine medlemmer udpeger næstformanden, mens formanden vælges på Lægemødet. Alle medlemmer af Lægeforeningen kan stille op til formandsvalget.

Den 26. marts 2015

**Bruno Melgaard Jensen**



