



## Skriftlig formandsberetning – repræsentantskabsmøde, november 2016

### Indledning

Kære repræsentantskab!

Tilløbet og forberedelserne er ved at være forbi. Forhandlingerne om en ny overenskomst er så småt ved at være i gang.

Efterårets repræsentantskabsmøde er nærmest sammenfaldende med forhandlingernes start. Det vil naturligvis sætte sit præg på mødet.

Traditionelt bliver starten på overenskomstforhandlingerne ledsaget af et par stikpiller til de involverede. Denne gang er ingen undtagelse. Der har været ønsker om endnu en ny sundhedslov, allerede før forhandlingerne er startet. En regionspolitiker har sågar kaldt os forkælet, når vi nu ”forlanger at køre i guldkaret, mens resten af sundhedsvæsenet bløder”.

Jeg håber, at repræsentantskabet vil bakke op om at lade stikpiller være stikpiller. Den opgave, vi har foran os, er alt for vigtig til, at vi må blive slået ud af kurs af den slags udmeldinger.

Vi går ind til disse forhandlinger med én eneste ambition: At lave en aftale, som begge parter er tilfredse med og som bliver starten til, at den udvikling, vi har set i almen praksis de seneste år, skal vendes.

Jeg synes ikke, det er et urimeligt mål. Det vil nærmest være uansvarligt at acceptere en aftale, der fortsætter den udvikling, vi har set de senere år.

-----

Repræsentantskabsmødet markerer jo også afslutningen på en 2-årig valgperiode. Jeg ved dog, at mange af jer har valgt at genopstille og tak for det. Til jer, der har valgt at stoppe, vil jeg på PLO's vegne sige jer tak for indsatsen og held og lykke i lægelivet, som jo rummer så meget andet end fagpolitisk arbejde.

Vi kommer heller ikke uden om at tage afsked med to bestyrelsesmedlemmer, der falder for 6-års fristen, Anna Mette Nathan og Eddie Nielsen. Jeg ved, at I begge

2/29

har lagt mange timer i mange år i PLO, og det vil jeg på den samlede bestyrelses vegne sige jer tak for.

### **Status på OK 17**

I sagens natur kan man ikke love resultater af en forestående forhandling. Dette gælder også for forhandlingerne om OK17. Vi kan dog love jer at være godt forberedte, og vi kan love jer at gå til forhandlingerne med en konstruktiv tilgang.

Forberedelserne har været i gang siden foråret 2015, og de har taget særlig fart her i 2016. Vi har brugt meget tid på at indsamle og systematisere viden om almen praksis, som den ser ud i dag. Om vores klinikers aktivitet, økonomi, trivsel, lægedækning, personale ect. En del af det er samlet i det ”faktaark”, som vi udgav før sommerferien: [http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!POR-TAL.wwpob\\_page.show?\\_docname=11221420.PDF](http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!POR-TAL.wwpob_page.show?_docname=11221420.PDF) Der kommer løbende mere til.

Derudover har vi søgt informationer direkte hos medlemmerne og naturligvis hos jer i repræsentantskabet - senest ved de møder, vi har haft mellem forhandlingsudvalget og de fem regionale repræsentantskaber.

Alt dette har vi løbende bearbejdet i bestyrelsen, på seminarer og i forhandlingsudvalget.

Bestyrelsen har også selv været på skolebænken. Der er ingen tvivl om, at de generelle krav om professionalisering også rammer PLO's bestyrelse.

Vi tør således godt sige, at vi er godt forberedte, men vi er også fuldstændig bevidste om, at dette gør det ikke alene. Nu må vi se, hvilken retning forhandlingerne tager.

Det er ikke nogen hemmelighed, at PLO har ret tydelige forventninger til netop disse forhandlinger. Vi er til gengæld også klar til at lytte til myndigheder, og vi er klar til at udvikle almen praksis, så borgerne også i fremtiden kan være rigtig godt tilfredse med deres praktiserende læge.

### **Økonomiloftet**

Økonomiloftet har kun én funktion, og det er at begrænse udgifterne til almen praksis. Den funktion udfylder loftet til fulde. Det får dertil nogle helt logiske følger: Det hæmmer lægens lyst til investeringer, nytænkning og udvikling, det begrænser brugen af personale, det fastholder lægerne i små og umoderne faciliteter, og det begrænser borgernes adgang til vores klinikker.

Vi får jo jævnlig opfordringer om at yde en ekstra indsats i almen praksis: Flere årskontroller af borgere med kronisk sygdom, fx diabetes, KOL og hjertesygdom, bedre opfølgning på kræftpatienter og mere opsøgende arbejde over for de udsatte borgere.

Mange af disse indsatser er helt fornuftige. Vi har bare en meget vanskelig kommunikationsopgave over for medlemmerne: Hvordan skal vi forklare, at de nu skal øge aktiviteten over for disse patientgrupper, når de honorarer, de modtager for arbejdet, afleveres tilbage igen, når arbejdet er udført?

Vi hører, at der er andre, der godt kan se problemet, og det giver os da et vist håb for fremtiden.

### **PLO's synlighed og dialog med det øvrige sundhedsvæsen**

Det har været medlemmernes og repræsentantskabets ønske, at PLO generelt skal være mere aktiv og konstruktiv, både i den offentlige debat og i dialogen med sundhedsvæsenets øvrige interessenter.

Bestyrelsen og sekretariatet igangsatte derfor en proces, der skulle styrke PLO's indsats på dette område. Et sådan arbejde handler, i vores branche, ikke om reklamekampagner og smarte slogans. Det handler om at indsamle viden og beskrive sammenhænge. Det handler om at mødes med alle de mennesker, der har en andel i det danske sundhedsvæsen, og lytte til, hvad de fortæller. Det handler, så at sige, om at have gjort sit hjemmearbejde.

Vi har dertil løbende sparret med et eksternt kommunikationsbureau, der giver os feedback og idéer.

Det har alt sammen kostet tid og medlemsmidler, men det har også skabt aktivitet. De største indsatser har ligget på:

- At etablere en egentlig analyseafdeling i PLO, med fokus på aktivitet, økonomi og klinikkernes forhold i øvrigt. Vi har allerede set en del artikler, der starter med: "Nye tal fra PLO viser, at..."
- Møder med stort set alle beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen.
- Utallige læserbreve, også fra mange i repræsentantskabet, primært rettet mod værdien af den praktiserende læge og behovet for vækst og udvikling.
- Deltagelse på lige så mange konferencer, både som deltager og indlægs-holder.
- Arbejdet i Lægeforeningens udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, herunder udspillet "Tæt på patienten".
- Arbejdet sammen med Lægeforeningen i regeringens lægedækningsudvalg.
- PLO's telt på Folkemødet
- Idé-kataloget "På patientens vegne" og omfattende presseomtale af dette
- Konferencen med Lægeforeningen d. 14. oktober om "Faglighed, kvalitet og sammenhæng i det nære sundhedsvæsen," som havde deltagelse af en række interessenter og beslutningstagere på sundhedsområdet

Vi har fået mange positive tilbagemeldinger for dette arbejde og det skal vi naturligvis glæde os over. Men målet er ikke positiv omtale, målet er at skabe en god

og stærk almen praksis, som både brugerne og dem, der arbejder der, er rigtig godt tilfredse med. Det er her, vi har et stykke arbejde foran os.

### **Status på decentralisering**

I almen praksis har vi altid set det som vores opgave at betjene de borgere, der har behov for lægehjælp, men som af en eller anden grund ikke er i stand til at møde op i klinikken. Vi er helt enige med regioner og kommuner i, at den nuværende overenskomst på dette punkt er forældet. Opgaverne har ændret karakter. Et sygebesøg er ikke længere bare et sygebesøg.

I PLO er der derfor et bredt ønske om at tænke nyt og mere tidsvarende i forhold til at løse disse opgaver. "Det opsøgende sygebesøg", der blev aftalt i 2006, er et godt eksempel på et specifikt behov og en konkret løsning.

Derfor kunne man umiddelbart tro, at det ligger lige for, at PLO og myndighederne kunne finde hinanden på dette, for borgerne, meget vigtige område. Men sådan er det som bekendt ikke gået.

Den positive udlægning af dette aftaleforløb, der nu har strukket sig over to år, er, at det har været lærerigt. Den mindre positive udlægning er, at det har trukket enorme mængder af tid og desværre også humør ud af det decentrale arbejde og samarbejde. Tid, der kunne have været brugt mere konstruktivt.

Vi må konstatere, at den decentraliseringsøvelse af sygebesøg og samtaleterapi, der var beskrevet i OK14, ikke har været særlig succesfuld.

Status er at kommunerne og borgerne stadig har behovet. De praktiserende læger vil meget gerne levere ydelserne. Sammen med regionerne og kommunerne har I endda regionalt fået beskrevet de løsninger, der er behov for. Der er heldigvis overensstemmelse landet over.

Sammen med RLTN har vi nu et fælles ansvar for at se på, hvordan vi på anden måde kan få dækket borgernes behov. Det er jo, trods alt, det, det hele drejer sig om.

### **Rekruttering, lægedækning og vikarklinikker**

Intet område har i 2016 fået større opmærksomhed end lægedækning, og det er desværre fortsat tiltrængt. Der findes heldigvis mange gode eksempler på, at læger også i 2016 har taget sagen i egen hånd, til stor gavn for borgerne og regionens økonomi.

Vi kommer dog ikke uden om, at mange borgere og mange læger er hårdt ramt af disse problemer med at skaffe praktiserende læger til hele landet.

I PLO arbejder vi fortsat på flere måder med at øge rekrutteringen. Jeg ved, at der regionalt lægges et stort arbejde i at imødekomme problemerne dér, hvor de er opstået, og dér, hvor man kan se, at de er på vej.

Vi arbejder sammen med DSAM om at udvikle en hjemmeside, der skal fremme rekrutteringen til vores speciale, bl.a. med information og viden om almen praksis.

Dertil foregår der et stort arbejde i ministeriets udvalg om lægedækning, hvor fire repræsentanter fra Lægeforeningen – heraf den ene fra PLO - arbejder med dette område. Dimensioneringen af KBU og speciallægeuddannelsen er naturligvis et af omdrejningspunkterne.

De eneste effekter, vi har set indtil nu, er desværre kun en kraftig stigning i antallet af regions- og udbudsklinikker. Den stigning viser med al tydelighed, at vi står ved en skillevej. Hvis myndighederne fortsat vælger at lave flere og flere enkeltstående aftaler med enkelte læger og private vikarbureauer uden om overenskomsten, så sender man et signal, også selv om man synes, at man gør det af nød. Hvis man oven i det overbetaler disse klinikker i forhold til den aftale, man har med de praktiserende læger, så sender man endnu et signal.

I PLO vil vi på det kraftigste advare mod at fortsætte ad denne vej. Det kan ende med en irreversibel ændring af hele den danske primære lægetjeneste. I stedet vil vi opfordre til, at myndighederne går helljertet ind i arbejdet med at sikre alle danskere, i alle dele af landet, en rigtig praktiserende læge.

### **Akutbetjeningen og lægevagten**

Det er tydeligt og også forståeligt, at vi har store problemer med at dække lægevagten. Når vi får flere borgere, flere ældre, færre praktiserende læger og samtidig flere regions- og udbudsklinikker, der ikke deltager i lægevagten, øges presset på de læger, der rent faktisk søger for, at lægevagten fungerer.

Der skal ikke herske nogen tvivl om, at lægevagten efter min og bestyrelsens opfattelse er en opgave, der naturligt hører hjemme hos de praktiserende læger. Men det var tydeligt under mit besøg i de fem regioner, at der er store og også uforholdsmæssigt store forskelle i vagtbelastningen af lægerne.

Når der er så store forskelle, er det vigtigt, at PLO-R og dermed repræsentantskabet drøfter dette. Som bestyrelse for fem regioner med fem meget forskellige vagtordninger er det vigtigt, at vi får et nuanceret billede af hele akutområdet i almen medicin. Vi ved jo, at det også indgår i OK17-forhandlingerne.

### **Medlemsundersøgelse af det psykiske arbejdsmiljø**

Lige inden sommerferien gennemførte PLO en større medlemsundersøgelse af det psykiske arbejdsmiljø, og resultaterne herfra er ikke opmuntrende læsning.

Over halvdelen af medlemmerne valgte at besvare undersøgelsen. Af disse er mere end hver tredje moderat udbrændte. Det er væsentligt flere end i tidligere, lignende undersøgelser. Det er især faktorer som udefrakommende administrative opgaver, opgaver relateret til praksisdrift, omfanget af komplekse patientkontakter og risikoen for at lave fejl, der belaster disse læger.

Arbejdet som praktiserende læge opleves samtidig mere krævende end tidligere, og lægerne er generet heraf. Men samtidig vidner undersøgelsen også om det store ansvar, vi påtager os i forhold til vores patienter, idet medlemmerne efterspørger tid til patienterne og tid til at uddanne sig, ikke til at holde mere fri.

Selv om PLO ikke er ansvarlig for forholdene i de enkelte klinikker, så har vi store muligheder for at påvirke rammerne for deres arbejde, og derfor har vi et medansvar.

Vi skal naturligvis sørge for, at de medlemmer, der har behov for hjælp, kan få råd og vejledning, og det vil vi nu skabe opmærksomhed om, på baggrund af undersøgelsen.

Men når det vedrører mere end en tredjedel af vores kolleger, så kan vi ikke forklare det ved enkeltstående situationer og uheldige sammenfald af omstændigheder. Så må vi se på de rammer, der er med til at skabe dette arbejdsmiljø, og en stor del af de rammer er beskrevet i vores overenskomst.

Vi tager, billedligt talt, denne undersøgelse med os ind i forhandlingslokalet.

### **Samarbejdet i Lægeforeningen**

I Lægeforeningen har to af de store dagsordner været Lægeforeningens udspil ”Tæt på patienten”, der nu er afleveret til regeringens udvalg om ”Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen”, og parallelt med dette arbejdet i regeringens lægedækningsudvalg, hvor PLO, som nævnt, har været repræsenteret sammen med tre andre medlemmer fra Lægeforeningen.

Det er indlysende, at PLO har fulgt med og deltaget i dette arbejde med stor interesse, og der skal ikke herske tvivl om, at det er min oplevelse, at vi her har to eksempler på, at delforeningerne kan få noget ud af at arbejde sammen og formentlig mere, end hvis vi gjorde det hver for sig.

Helt overordnet har Lægeforeningen også igangsat et arbejde om Lægeforeningens fremtid. Også her deltager PLO meget gerne.

Det er PLO's tilgang, at Lægeforeningen kan noget, som ingen af delforeningerne vil kunne, og at dette er værd at bevare. Også selv om det for PLO er utilfredsstillende, at de to andre delforeninger har indgået overenskomster for deres medlemmer, der arbejder i 1813 i Region Hovedstaden.

Endelig er Lægeforeningen og de tre delforeninger ved at lægge sidste hånd på det nye medlems- og IT-system og den nye hjemmeside. Begge dele er tiltrængt. Vi ser frem til, at det bliver bedre og mere tidssvarende for både ansatte og medlemmer.

### **Status på dataområdet**

Den adm. direktør for Kræftens Bekæmpelse sagde under vores konference i oktober (frit fra hukommelsen): "Viden og sundhedsdata er en forudsætning for faglighed". Jeg kunne ikke være mere enig.

Op igennem 90'erne og 00'erne etablerede almen medicin sig som et speciale med dertil hørende dataindsamling både til målrettede forskningsprojekter, til vores eget kvalitetsarbejde og til myndighedernes planlægning og kontrol. Dette var med til at etablere almen medicin som et væsentligt og anerkendt speciale. Og det var med til at tilføre os viden om arbejdet i vores klinikker.

Derfor er det en stor mangel, at dette arbejde stadig er på stand by, og det er en klar hæmsko for vores fag og vores klinikker.

Vi sender dog stadig alle relevante data i forbindelse med den enkelte patients behandling. Vi kan stadig deltage i forskningsprojekter. Nogle af os kan godt selv producere kvalitetsdata i vores egne it-systemer og vi sender stadig aktivitetsdata til myndighederne. Men det er langt fra effektivt, det er ikke brugervenligt nok, og det er langt fra tilfredsstillende.

Som lægmand kan det undre mig, at vi ikke bare sender disse data til myndighederne allerede. Vi er jo klar, og vi sender jo så mange andre data. Men jeg må selvfølgelig lytte til dem med forstand på emnet. Det skal gøres ordentligt, og det skal gøres, så vi ikke skal ændre det om tre år igen.

Beslutningen om at gå væk fra Sentinel har medført en række nye aktiviteter i PLO. De to selvstændige udvalg (it-udvalget og dataudvalget) er nedlagt, og i stedet er der etableret et fælles it- og dataudvalg. Vi er gået i dialog med de centrale sundhedsmyndigheder, systemhusene, MedCom og regionerne for i fællesskab at se på en ny infrastruktur for dataindberetningen.

På sekretariatsniveau har PLO ansat en medarbejder med indsigt i dataområdet, og han har sammen med en række samarbejdsparter udarbejdet et forslag til, hvordan en ny model for dataindberetning kan se ud. Planen er, at modellen testes inden jul ved at sende diabetesdata fra et systemhus til den landsdækkende kvalitetsdata-

base for diabetes. Går testen godt, vil vi på den anden side af årsskiftet stå med erfaringer nok til, at vi kan lægge en plan for at få alle systemhusene med. Målet er, at almen praksis har genoptaget indberetningen af data – i første omgang på diabetesområdet – inden sommeren 2017.

Ved siden af dette arbejde skal der også tages hul på at få genetableret kvalitetsrapporterne. I takt med at systemhusene af sig selv – og i fagligt samarbejde med DAK-E – lærer at håndtere relevante ”diabetes-data”, bliver de også i stand til at kunne lave og præsentere forskellige typer kvalitetsrapporter inde i vores journal-system.

På EU-plan er der vedtaget en ny databeskyttelsesforordning, som træder i kraft i maj 2018. Forordningen kommer til at stille større krav til de praktiserende læger som dataansvarlige. Der bliver dels introduceret en række nye krav, dels bliver håndhævelsen styrket.

Med de ting, vi har været igennem i PLO, vil vores medlemmer være bedre rustet og motiveret for de krav, som skrappe lovgivning stiller – også bedre rustet end de fleste andre sundhedsprofessionelle.

Sekretariatet i FAPS og PLO har iværksat en fælles proces, hvor vi med ekstern bistand beskriver kravene til medlemmerne og vejleder om, hvordan de skal forholde sig til den kommende forordning. Det er ambitionen at udarbejde en standardiseret databehandleraftale med systemhusene, ligesom også andre af vores datadelinger kræver databehandleraftaler.

Med de nye regler risikerer klinikkerne at få store bøder, så også af den grund ønsker PLO at opruste indsatsen på områderne datasikkerhed og privatlivsbeskyttelse.

### **Samarbejde mellem almen praksis og kommunerne**

I takt med at kommunernes rolle i det nære sundhedsvæsen stiger, har det i mange år været tydeligt, at vi får et større interessefællesskab og et større behov for både koordinering og egentlige aftaler.

Der har været og er som bekendt stadig meget store geografiske forskelle i samarbejdet. Der er lagt et stort arbejde de regionale praksisplaner, men de store kommunale fremskridt har vi stadig til gode i den sammenhæng.

Vi har tilgængæld været igennem et aftaleforløb om fast tilknyttede praktiserende læger på plejecentre, som nu nærmer sig egentlige aftaler mellem en kommune og de interesserede praktiserende læger. Det er en aftale der giver større faglig mening, end den er økonomisk attraktiv, men samlet set kan den spare praktiserende læger tid og give god mening for alle i sundhedsvæsenet - ikke mindst for borgerne på plejecentrene.



Vi håber derfor at alle dele af PLO vil arbejde for at udbrede disse aftaler.

Aktuelt foregår der et afklaringsarbejde om, hvordan vi i praksis kan arbejde med at uddelegere lægeforbeholdt arbejde til kommunalt plejepersonale. Styrelsen for Patientsikkerhed arbejder aktuelt med et udkast til bekendtgørelse og vejledning om brug af medhjælp, herunder rammedelegation, og vi har plads i en referance-gruppe og kan derfor bidrage og følge processen tæt.

Det er fornuftigt, at vi kan delegere arbejde til plejepersonale i kommunerne, men en delegation er forbundet med både arbejde og ansvar fra vores side. Derfor er det også vigtigt, at vi får lavet et grundigt forarbejde. Vi er i dialog med KL om dette arbejde.

### **Status på den systematiske efteruddannelse**

Implementeringen af den systematiske efteruddannelse har været den dominerende aktivitet i PLO Efteruddannelse det sidste års tid. Aftalen, som blev indgået med OK14, har vist sig at være netop den store udfordring, som ventet, i forhold til at opnå et tilstrækkeligt udbud. Det er derfor også aftalt med Danske Regioner, at der ikke vil blive stillet krav om deltagelse, før der reelt er en mulighed for at deltage i systematisk efteruddannelse.

Et af de tiltag, der er iværksat for at øge kapaciteten, har været udviklingen af materialer til brug i den gruppebaserede efteruddannelse, som lever op til kravene i den systematiske efteruddannelse. I første omgang er dette sket gennem et pilot-projekt omkring temaet multimorbiditet.

Trods det store fokus på systematisk efteruddannelse udvikles der dog fortsat på den selvvalgte efteruddannelse i PLO Efteruddannelse. Eksempelvis pågår der lige nu en større revision af kurserne i de kliniske vejledninger fra DSAM.

PLO Efteruddannelse har derudover taget initiativ til udvikling af en logbog for efteruddannelse, som det kendes fra videreuddannelsen i almen medicin. Det forventes, at denne vil blive lanceret i forbindelse med Lægedage. Registreringer foretaget i Lægeforeningens tidligere system vil automatisk blive overført til den nye logbog.

Efteruddannelsen målrettet praksispersonale har særligt været fokuseret omkring udviklingen af to længerevarende forløb som supplement til de mange korte kurser, der udbydes gennem PLO-E. Disse to forløb omhandler kroniske patienter i almen praksis samt en praksismanager-uddannelse. Begge forløb er udbudt med start i 2017.

### **Lægedage**

Årets tema på Lægedage er: Dr. Hansen version 2.0 – kvaliteter i almen praksis. Årets tema rejser nogle spørgsmål:

10/29

- Hvordan kan vi sammen arbejde med at synliggøre kvaliteter i almen praksis for vores patienter, for politikere og for os selv?
- Hvordan kan stadig mere personale i klinikkerne hænge sammen med et nært og indgående kendskab til patienterne, som vores patienter værdsætter, og som er grundlaget for effektiviteten i dansk almenpraksis?

I forhold til den administrative del af Lægedage har vi i år indført et nyt tilmeldingssystem, med kortbetaling og tilmeldingsmulighed på de fleste kurser. Det har vi gjort for at effektivisere den administrative del. Det er dog også gjort for, at man ikke kører forgæves til de kurser, man gerne vil deltage i. Vi har de seneste år nemlig oplevet, at en række deltagere ikke har kunnet komme ind til de kurser, de gerne ville, fordi lokalet har været fyldt. Særligt for de deltagere, der har kørt langt for at deltage i Lægedage, har det været en utilfredsstillende situation.

### **Status på akkreditering og et nyt kvalitetsarbejde**

Som bekendt blev det aftalt i overenskomsten fra 2014, at alle praksis skal implementere Den Danske Kvalitetsmodel, og at alle praksis derfor skal akkrediteres inden 31. august 2018. Der er lagt en kommunevis plan, så alle praksis får besøg af et surveyhold i perioden 2016-2018. De første praksis har derfor haft besøg her i 2016.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) har gjort status på akkrediteringen i almen praksis. I skrivende stund er 260 klinikker blevet undersøgt.

Status er, at 156 klinikker er akkrediteret. Ud af de 104 klinikker, der har været til konkret vurdering i Akkrediteringsnævnet, har 91 fået status midlertidig akkreditering; det vil sige akkrediteret med bemærkninger, men med mulighed for forbedring. 12 klinikker har fået tildelt status akkreditering pågår; det vil sige ikke akkrediteret på det foreliggende grundlag, men har mulighed for en ny vurdering. En enkelt klinik har ikke kunnet opnå akkreditering.

Herudover har der været tre tilfælde, hvor surveyerne opgav at gennemføre survey, fordi der ikke var udsigt til, at survey kunne gennemføres på fornuftig vis.

IKAS har kigget nærmere på, hvilke standarder og indikatorer som har vist sig særligt udfordrende for mindst ti klinikker. Blandt de vigtigste kan nævnes:

- Manglende identifikation og opsporing af sårbare grupper
- Manglende patientevaluering via DAK-E
- At der er klinikker, som mangler retningslinjer for opfølgning på prøvesvar.
- Manglende skriftlige retningslinjer, der beskriver håndtering af visitation af akutte og ikke-akutte patienter.

11/29

- En del under standarden 'Hygiejne'. Blandt andet i klinikkernes håndtering og kontrol af deres tørsterilisatorer, fx manglende kontrol af autoklave og manglende brug af autoklavetape, kemiske indikatorer eller sporprøver.

Der er i PLO delte meninger om værdien af den pågående akkreditering. Det skal jeg ikke uddybe her. De fleste er dog enige om, at vi gerne skulle videre på en anden måde efter denne akkrediteringsrunde. I bestyrelsen har vi derfor set på, om vi ikke kunne komme tættere på selve kvaliteten af almen praksis end blot at se på de administrative procedurer, som klinikkerne bør have styr på.

Ved stor hjælp fra DSAM og andre er vi ved at definere nogle kvalitetsmål, der langt bredere afspejler værdien af almen praksis. Vel at mærke værdien for borgeren og samfundet. Disse kvalitetsmål ligger meget tæt på de "8 nationale mål for kvalitet i sundhedssektoren", som blev præsenteret af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL tidligere på året.

Vi håber at kunne orientere yderligere om dette arbejde på repræsentantskabsmødet den 26. november.

SLUT

-----

## **Beretning PLO-Syddanmark efterår 2016, ved Jørgen Skadborg**

### **Decentraliseringsforhandlingerne**

PLO-Syddanmark har været skeptisk over for projektet decentralisering af samtaler og sygebesøg fra begyndelsen af OK14. Hvad var formålet egentligt med at tage to centrale ydelser ud af overenskomsten og ligefrem gøre det til en forudsætning for videre lokale aftaler?

Ingen har kunnet forklare os det – hverken internt eller eksternt.

På trods af denne skepsis valgte PLO-Syddanmark, da man tidligere i år centralt afklarede nogle af rammevilkårene for decentraliseringen, at gå aktivt og konstruktivt ind i reelle forhandlinger om samtaler og sygebesøg.

Vi kom hurtigt til sagen med hensyn til formulering af fornuftige aftaleudkast, hvad angår indholdet i aftaleteksterne og ydelserne. Især vedrørende samtaleterapi kunne der hurtigt opnås enighed om forbedringer med enkeltstående krisesamtaler, løft af limit fra syv til 12 samtaler og mulighed for andre sygesikringsydelser samme dag som samtaleterapi.

Imidlertid tog det heller ikke ret lang tid at afklare, at de offentlige parter ikke var villige til at disponere tilstrækkeligt med midler til sygebesøgsområdet til, at det var attraktivt for PLO at gå videre med decentraliseringen. Det skal fremhæves, at vi tilbød en aftale om sygebesøg, som økonomisk set var inden for rækkevidde i forhold til den økonomiske ramme, der var til rådighed.

Der er således ikke aftalt yderligere forhandlingsmøder, og de offentlige parter lader os forstå, at man ikke ønsker at indgå nogen som helst aftaler, før vi er villige til at gennemføre decentraliseringen. Dette på trods af, at der sideløbende er forhandlet flere aftaletekster, fx vedrørende telemedicin, som umiddelbart kunne iværksættes med beskedent økonomiforbrug. Budskabet er klart: Man insisterer på denne mærkværdige decentralisering for enhver pris.

PLO-Syddanmark tilbyder dog fortsat, at der hurtigt vil kunne indgås lokale aftaler om alle de opgaver, som giver fagligt mening, som vi har kapacitet til, og som de offentlige parter kan finde midler til.

Alt i alt må vi konstatere, at ”decentraliseringen” (som hos modparten har været stramt styret centralt) har været en håbløs ørkenvandring på tre år. PLO må ikke begå den fejl at gå med til en lignende konstruktion igen.

### **Kommunerne**

Mens ovenstående er forløbet, har vi benyttet de mange lejligheder til dialog med kommunerne. Vi er ikke i tvivl om, at kommunerne er skuffede over, at de ikke fik lejlighed til at disponere nogle af de 200 mio. kr. til brug for borgernære indsatser i samarbejde med de praktiserende læger. På den anden side er vi heller

ikke i tvivl om, at kommunerne nu efterhånden ved, at PLO-Syddanmark gerne vil styrke samarbejdet med kommunerne, og at det er regionen, som har stået i vejen for dette.

Fx har vi hele vejen rundt hørt stor tilfredshed med samarbejdet via KLU i hver enkelt kommune. Det er også lykkedes at indgå et par rent kommunale projekt-aftaler. På netop afsluttede politiske midtvejsmøder i regi af sundhedsaftalen bliver de praktiserende læger rost af de 22 kommuner, og der gives klart udtryk for et ønske om et endnu større samarbejde med de praktiserende læger i det nære sundhedsvæsen.

1. oktober har vi indgået en lokal rammeaftale om udmøntningen af plejecenteraftalen. Det er vores håb, at vi med gennemførelsen af denne aftale kan udbygge kommunernes forståelse af, at udviklingen af det nære sundhedsvæsen primært kommer til at ske i tæt dialog mellem kommuner og almen praksis.

### **Medlemmerne**

Hvis man lytter til medlemmernes frustrationer og bekymringer, er det ikke ønsket om mere arbejde, som præger billedet. Set i dette lys er det ikke særligt problematisk, at vi ikke har fået indgået en masse lokale aftaler om nye opgaver.

Tværtimod er indtrykket, at en del af medlemmerne føler sig overbebyrdede og trætte. Den skæve alderssammensætning med mange kolleger over 60 år fremmer ikke lysten til nye tiltag og slet ikke til kontrolforanstaltninger så som akkreditering. Sidstnævnte presser ældre kolleger for tidligt på pension eller efterløn. Dette er bestemt ikke gavnligt i en situation, hvor flere og flere almenmedicinere har fået faste stillinger på sygehusene, og andre ikke kan få afhændet deres praksis.

I konkrete sager må vi desværre konstatere, at regionen har en overordentlig ufleksibel indstilling til fx ønsker om fritagelse for akkreditering grundet alder og ønske om generationsskifte, hvor regionen sætter en alt for høj pensionsalder som standard. Det har antageligt den omvendte effekt af det, regionen ønsker, og lægerne tilskyndes således ikke til fastholdelse.

### **Lægedækning**

Vi har nu set den første udbudsklinik. Der er tale om en "Falck Lægehuse"-klinik, som de næste fire år skal betjene to kapaciteter i Ølgod.

Hertil kan man iagttage, at regionen i Esbjerg, landets femtestørste by, måned for måned må tage sig af flere og flere patienter i sin midlertidige regionsklinik. Ved årsskiftet kommer den til at betjene mindst fire kapaciteter, og så kommer der nok også snart en eller flere udbudsklinikker i Esbjerg.

Der ser ikke ud til at være den store vilje til at løse lokale bemandingsproblemer via dialog og aftaler med PLO-Syddanmark. Regionen kører stort set sit eget løb, hvor vi blot orienteres om diverse tiltag. Muligvis åbner der sig dog efterhånden

14/29

en forståelse for, at de midlertidige tilbud bedst kan drives på en betryggende vis, hvis man inddrager eksisterende praksis i løsningerne.

Vi håber i PLO-Syddanmark at kunne hjælpe medlemmerne med oplysning om handlemulighederne inden for eksisterende overenskomst, når man står ved generationsskifte. Hermed menes især §19 stk. 1 om ansættelse i op til fem år med henblik på generationsskifte vel at mærke uden ansøgning, når det gælder lægedækningstruede områder.

I Region Syddanmark er der nu enighed om, at denne § kan bruges i fire hele kommuner (Billund, Esbjerg, Varde og Ærø). Vi må endvidere gøre medlemmerne opmærksomme på samme mulighed (efter ansøgning) jf. § 19 stk. 3. Her har regionen dog den urimeligt stramme politik angående afgående læges alder.

### **Vagten**

Som berettet sidst har det været nødvendigt at indkræve ekstra vagtkontingent fra kolleger, som ønsker at være vagtfrie, for at kunne gøre det mere attraktivt at dække nattevagterne. Efterfølgende har ca. 100 ekstra kolleger meldt sig som vagtaktive.

Det har dog ikke til fulde løst bemandsproblemerne i vagten, men heldigvis har vi nu opnået en relativt konstruktiv dialog med regionen om gradvis modificering af servicemål og bemanning, hvorefter vi håber at kunne reducere behovet for læger i vagttiden.

**Beretning fra PLO-Nordjylland, efterår 2016, ved Annemette Alstrup**

Der er en rød tråd i formandsberetningerne her fra PLO Nordjylland – nemlig hovedvægten på to emner: Lægedækning/rekruttering og forhandlingssituationen. Denne beretning vil forventeligt følge denne røde tråd.

**Lægedækningssituationen**

Den aktuelle status er, at vi i Nordjylland mangler ca. 50 praktiserende læger. Ca. 6 pct., svarende til 35.000 nordjyder, er tilmeldt en udbudsklinik eller et midlertidigt regionsdrevet tilbud. Det er flere end nogensinde før og flere end i nogen af de øvrige fire regioner. Det er beskæmmende.

I Nordjylland har regionen en merudgift på mindst ½ mio. kr. årligt på hvert af de 15 ydernumre, der drives af hhv. Falck Healthcare og Nordic Medicare. Udbudsklinikkerne er kontraktmæssigt forpligtet til at lave ydelsesregistrering, og de tilgængelige tal viser, at de 15 udbudsydernumre i alt underpræsterer svarende til ca. 5 mio. sammenlignet med præstationsniveauet i PLO-praksis.

Dertil kommer reduceret gatekeeperfunktion, omkostningstung forlængelse af sprogkursus og efteruddannelse af de udenlandske læger, som endnu ikke er klar til funktion i regionsklinikken på Mors.

Regionen og ikke mindst regionsrådet er nu også selv bekymrede over at satse på ”udbudssporet” som måden at sikre lægedækning på ved praksisophør. Regionen vil nu angiveligt forsøge sig med regionsklinikker integreret i sygehusdriften, en slags almenmedicinske ambulatorier. Det er en interessant tanke at flytte primærsektoren ind og integrere den i hospitalssektoren, alt imens der foregår en omorganisering i form af inventering af indlæggelser til ambulante forløb.

Jeg forudser endnu et omkostningstungt eksperiment, hvor regionen lader sig udfordre med hensyn til organisering og etablering af omkostningseffektiv almen medicinsk faglighed. At patienter skal på et sygehus for at få halsbetændelser og hududslæt vurdereret er et paradigmeskifte – men i den helt forkerte retning. Hele inventeringsprocessen kalder på en investering i almen praksis, men ikke en ”hospitals - almen praksis”. Jeg håber, at Lægedækningsudvalget kommer med konstruktive tiltag, som får ovenstående ”hospitals–almen praksis” til at blive ved tanken.

På trods af flere udbudsklinikker i Nordjylland end nogensinde før og varslede praksisophør flere steder, hvor der ikke lige p.t. er udsigt til almindeligt praksissalg, så glæder jeg mig over, at PLO-sporet er blevet styrket det sidste halve år. I Gandrup har en PLO-praksis overlevet, og Storvorde er i skrivende stund næsten revitaliseret som PLO–praksis. Det skyldes et konstruktivt samarbejde mellem PLO, Region Nordjylland og Aalborg Kommune. Regionsklinikken i både Hundborg og Hjørring er blevet PLO-praksis igen, takket være entreprenant mod. Jeg har en forventning om, at vi vil se flere generationsskifter som disse i nærmeste

fremtid. Regionens investering i generationsskifte i PLO-praksis vil nyde politisk fremme, efterhånden som alle kan se, at netop dette er den omkostningseffektive og langtidsholdbare løsning på lægedækningen.

### **Forhandlingssituationen**

I regi af Den Administrative Forhandlingsgruppe har vi nu gennem halvandet år været i proces i forsøg på at nå til enighed om en aftale for decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi. Efter centrale forhandlinger i foråret er det blevet til en midlertidig decentraliseringsaftale med mulighed for tilbagefald til landsoverenskomsten. Det økonomiske udgangspunkt for decentralisering af sygebesøg og samtaler har været ringe, idet den samlede sum er ca. 15 mio. kroner (i 2015). Vi kører i Nordjylland relativt få besøg, og taksten er jo utidssvarende beskeden. Vores nu opsagte §2-aftale vedrørende samtaleterapi blev kun anvendt i sparsom grad.

Der er kommet det positive ud af processen, at vi har fået beskrevet, hvad et sygebesøg anno 2017 bør rumme for at løse de opgaver, kommuner og Region Nordjylland ønsker løst (det komplekse, tværsektorielle, subakutte/akutte sygebesøg). Der er enighed om, at det er en ny, tidskrævende ydelse, som kan koste noget mere end det almindelige sygebesøg. Udfaldet af forhandlingerne er p.t. usikkert.

Manglende betalingsvillighed og løbende central koordinering med KL og Danske Regioner har været det dominerende element i forhandlingerne. Udlægning af central forhandling til det decentrale regionale niveau har ikke ført til andet, end at det er blevet slået fast, at PLO er lykkedes med at stå samlet i disse forhandlinger på regionalt niveau. Lige så samlet som vores modpart.

Vi har fået bekræftet, hvor meget vores forhandlingsstyrke svækkes, når centrale dele af overenskomsten trækkes ud af den centrale overenskomst, men vi har også fået produceret brugbare fælles forhandlingsskabeloner, som vil kunne indgå i OK17-forhandlingerne.

Jeg håber, at de måske snart strandede decentraliseringsforhandlinger kan afløses af konstruktive lokale forhandlinger, som vil kunne udmøntes i lokalaftaler, der kan supplere OK17, fx projekter om videotolkning, ansættelse af personale i praksis og økonomisk understøttelse af praksis med stor arbejdstyngde.

### **Lægevagten**

Vores faldende mandtal gør dækning af Lægevagten til en stadig større udfordring. Det er dog indtil videre lykkedes at sikre bemanning af alle vagter - og det er kort sagt: Imponerende. Vi har nu også endelig en køreplan for forhandling af en ny vagtaftale, som efter planen skal være færdigforhandlet næste sommer. Jeg forventer, at den nye vagtaftale kan blive grundlaget for den modernisering af Lægevagten, som vi så længe har haft behov for og så længe har ventet på kunne blive en realitet.



### **Akkreditering**

På trods af at en tredjedel af de nordjyske læger er over 60 år, har kun få søgt om fritagelse fra akkreditering. Det er bemærkelsesværdigt i betragtning af det merarbejde, akkrediteringen kræver, og den store arbejdsmængde, der er i vores lægepraksis med gennemsnitlig 1775 patienter pr. ydernummer.

### **De første kandidater**

Sommeren 2016 blev den sommer, hvor de første 20 medicinske kandidater dimitterede fra Aalborg Universitet (AAU). Det er blevet fejret efter alle kunstens regler og med deltagelse af lokale politikere, sundhedsministeren, topembedsværket fra Sundhedsstyrelsen samt PLO. Det er en stor fryd at kunne konstatere, at de nye læger er glade for den anderledes, projektorienterede uddannelse, de har fået i Aalborg, at de har klaret eksaminerne med glans og med de eksterne sensorers uforbeholdne anerkendelse.

Flertallet af de nye nordjyske læger drømmer om at arbejde i Nordjylland og en hel del inden for almen medicin. Til januar følger 11 eksaminerede kandidater og til sommer endnu 50. Tak til dem, som har båret lægeuddannelsen på AAU frem, og jer, som bidrager ude i klinikkerne både præ- og postgraduat med at sikre, at vi får uddannet dygtige nordjyske speciallæger i almen medicin – også i fremtiden.

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

**Beretning fra PLO-Hovedstaden, efterår 2016, ved Flemming Skovsgaard**

Ændringerne i sundhedsloven og vores sidste overenskomst har også hos PLO-Hovedstaden betydet, at vi har fået en betragtelig stigning i antallet af opgaver, som vi skal løse regionalt. Arbejdspresset har været en stor belastning for vores opgraderede, hårdtarbejdende sekretariat og for det regionale formandskab, og hvis mængden af opgaver ikke mindskes fremover, vil det kunne gå ud over den direkte medlemsbetjening regionalt.

En opgave, der fylder en del, er hjælp og vejledning af kolleger, der har problemer, eller som ikke overholder overenskomsten. Spørgsmålet om de lokale lægelæugsformænds rolle i forhold til at hjælpe nødstedte kolleger dukker op igen og igen.

**Regionale forhandlinger og aftaler**

Vi har regionalt forsøgt at vise, at det er muligt at indgå aftaler med PLO, bl.a. har vi indgået en god aftale om vilkårene for plejecenterlæger og en – efter vores opfattelse – god aftale med udvalgte kommuner om somatisk sundhedstjek af beboere på bosteder. Men så heldige har vi ikke været med forhandlingerne om decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi.

I Region Hovedstaden har vejen frem til forhandlingsbordet været fyldt med flere bump. Regionen startede forhandlingerne med at præsentere en for os uspiselig advokatredegørelse om deres opfattelse af betingelserne for at indgå en underliggende aftale. Da vi så efterfølgende fik den centralt aftalte ramme for indgåelsen af en regional underliggende aftale, reagerede vores region med at opsigte alle gamle kliniske § 2-aftaler – for at lægge pres på os. Heldigvis blev opsigelsen trukket tilbage, og det banede så vejen for de egentlige regionale forhandlinger om de-entralisering.

På trods af optakten havde vi et konstruktivt samarbejde med regionen om indholdet i de nye, regionalt aftalte sygebesøg og samtalekonsultationer. Vi fik defineret et indflytningsbesøg på plejehjem, et komplekst sygebesøg og bedre vilkår for afholdelse af samtaler. Men som hos jer andre strandede forhandlingerne ved fastlæggelse af honoreringen af ydelserne. Regionens sidste tilbud er en enhedsydelse på kun 526 kr. for alle typer sygebesøg, og vi skal først mødes i november igen. Med dette udspil fastholder regionen, at kun 39 mio. nye kr. må bruges af vores andel af 200 mio. kr.-puljen. Resten, ca. 24 mio. kr., skal især bruges til udmøntningen af nye tiltag fra praksisplanen.

Det er vores opfattelse, at ingen mere tror på, at vi når i hus med en aftale, inden de centrale overenskomstforhandlinger starter om lidt, og hele forløbet bekræfter, at OK14's aftale om decentralisering har været en tidskrævende "fuser".

19/29

Ved siden af ovenstående har PLO-Hovedstaden også skullet bidrage med arbejdskraft til et hav af arbejdsgrupper med mere afledt af bl.a. praksisplanen. Hver enkelt arbejdsgruppe har måske ikke krævet så meget, men når man opsummerer indsatsen, bliver det til en del arbejde, der belaster os og sekretariatet.

En passant kan det nævnes, at vores region skal spare 500 mio. kr. næste år, men det har heldigvis – endnu – ikke ført til krav om, at almen praksis skal bidrage til disse besparelser.

### **Lægemangel, rekruttering og fastholdelse**

Som hos jer andre er lægemangelen i Region Hovedstaden stigende, og vi kan alle være enige om, at der er brug for flere almenmedicinere til at udfylde hullerne. Vi har længe haft mangel i udkanten af regionen, og nu er manglen i de såkaldt socialt belastede områder tæt på Rådhuspladsen, som fx i Ishøj, også hastigt stigende. Det sidste kan kun forklares med yngre almenmedicinernes bekymring for arbejdsbelastningen og arbejdets karakter, og en løsning af problemet her skal især findes i nye tiltag i den kommende overenskomst!

Efter to lægers ophør har vi lokalt på Bornholm lige før sommeren fået ”et midlertidigt almenmedicinsk tilbud” i form af en klinik bemandet med skiftende læger med forskellig uddannelsesbaggrund på det lokale sygehus. Vi forsøgte uden succes at få stablet en PLO-løsning på benene, og det viste sig, at man bag om vores ryg allerede havde planlagt denne klinik. I skrivende stund har en almenmediciner nu tilbudt at overtage en af de to kapaciteter, og så vil det afsløres, om regionen er interesseret i en praksis på ordinære vilkår.

Inspireret af bl.a. Region Sjælland vil vi i forbindelse med lægers ophørsmeddelelser fremover påtage os en mere aktiv rolle for at forsøge at bevare kapaciteterne på PLO-hænder.

Sammen med regionen arbejder vi selvfølgelig konstruktivt med idéer, der skal fremme rekrutteringen til de lægeløse områder, men ”som sædvanlig” er der manglende vilje til at tilføre regionale penge til rekrutteringen.

### **1813 igen, igen**

1813 eksisterer fortsat uden en aftale med PLO. Som I sikkert ved, har FAS og Yngre Læger fornyet deres aftale om bemanningen af 1813, og derfor kan 1813 køre videre som et amputeret almenmedicinsk vagttilbud. Igen efterlyses der solidaritet inden for Lægeforeningen!

Ved hjælp af en rutineret PLO'er har vi forsøgt at få forbedret 1813's epikriser, og det skal indrømmes, at de er blevet lidt bedre, men 1813 afleder fortsat ekstra arbejde til kollegerne. Et nyopstået problem, der skal løses, er, at fase 2- og 3-lægerne fra 1. marts 2017 skal opnå deres kompetencer på akutområdet i 1813. Vi

20/29

vil ikke medvirke til, at 1813 drives af uddannelseslæger, hvis løn vi delvist finansierer, og omvendt vil vi ikke lægge hindringer i vejen for uddannelsen af de kommende kolleger.

### **Andre udfordringer**

Foruden det nævnte er hverdagen i PLO-Hovedstaden fyldt med mere eller mindre spændende opgaver på mange områder, hvor vi konstant må kæmpe mod et stort regionalt og kommunalt embedsværk. Ofte handler vi af nød reaktivt og har svært ved at være proaktive og dagsordensættende. Da vi ikke kan se, at arbejdsmængden vil falde, vil vi nu internt omlægge vores arbejdsgange og struktur. I den forbindelse skal det siges, at PLO-R kan blive bedre til at samarbejde om opgaverne og dele viden, gode idéer med mere, ligesom det tværregionale samarbejde mellem sekretariaterne kan forbedres.

## **Beretning fra PLO-Sjælland, efterår 2016, ved Ulrik Hesislev**

Det er med nogen alvor, at den sidste formandsberetning i denne valgperiode aflægges. 2015-2016 har i Region Sjælland været en periode med tilbagegang for PLO's "egen læge"-model:

- Antallet af praktiserende læger er faldet.
- Nye og gamle speciallæger i almen medicin finder ansættelse andre steder end i almen praksis.
- Tyngden af vores arbejde er tiltaget.
- Antallet af praksis i Region Sjælland med lukket for tilgang er på to år gået fra 41 til 66%.

Og på trods af hårdt arbejde, tro, håb, kærlighed, mange møder og let halsbrand efter utallige kopper regionskaffe så er de opnåede resultater få.

### **OK14 og de decentrale aftaler**

PLO Sjælland har alene i 2016 (frem til 1. oktober) været til 12 forhandlingsmøder om decentrale aftaler. De decentrale forhandlinger hører sammen med yderligere ni møder omkring Praksisplanudvalget (Administrativ ForberedelsesGruppe og PraksisPlanUdvalgsmøder).

På forberedelse og gennemførelse af de møder har vi brugt i omegnen af 183 tilidsmandstimer og 267 sekretariatstimer. Hertil skal lægges et stort antal timer, som vi har brugt på at debattere emnet ved praksisudvalgsmøder, på vores deltagelse i FUR-møder og med jer andre på lægedebatten.

Men én ting er, hvad PLO-Sjælland når at bruge på processen i 2016. Noget helt andet er det samlede antal timer, PLO-Nordjylland, Midtjylland, Sydsanmark, Sjælland, Hovedstaden og PLO-C samlet har brugt på sagen i 2014, 2015 og 2016!

Her ved overgangen til OK17 kunne man være fristet til at gøre status over decentrale aftaler fra OK14 og til nu. Og fristet til at sammenholde de opnåede resultater med PLO's udgift til øget sekretariatsbistand og samlet tidsforbrug i de fem regioner + PLO-C. Hvis man gjorde det, så ville det efter min vurdering vise en svimlende udgift, stående i stærk kontrast til resultaterne opnået til medlemmerne.

Afhængigt af temperament kunne man, oven på sådan en erkendelse, komme på mange udbrud fra "katastrofe" til "skandale". Man kunne nemt ærgre sig og få lyst til at søge svar på spørgsmålet om, hvordan vi er havnet i denne absurde situation? Men jeg tror ikke på, at der findes et simpelt svar – og jeg synes ikke, vi skal græde over spildt mælk. Til gengæld synes jeg, vi skal overveje:

22/29

- Om det er klogt at indgå aftaler med nyt kompliceret indhold sent (om natten) i et forhandlingsforløb?
- Om der var nogen faglig grund til at lave fem regionale aftaler om sygebesøg og samtaleterapi?
- Om region og kommuner havde deres (forskellige?) baggrund for at ønske en decentralisering, som stod i modsætning til, at PLO håbede på at kunne forbedre den dårlige økonomi på sygebesøg?
- Om præmissen for den videre proces var aftalt i tilstrækkelig grad?
- Om der gik ”røvere og soldater” i projektet?

Vi kan i hvert fald konstatere, at de efterfølgende regionale forhandlinger var lang tid om at komme i gang. Og da vi efter mange møder nåede til økonomi, var det kun for at konstatere vores uenighed om, hvorvidt økonomien ville falde tilbage til den centrale overenskomst, hvis en decentral aftale blev opsagt. En af mange forhindringer, som kun kunne løses ved intervention af de centrale aftaleparter.

Undervejs har PLO-Sjælland været meget åben omkring vores motivation, nemlig at løfte de underbetalte sygebesøg. Men modparten var ikke interesseret i at betale mere for en opgave, som de allerede fik løst billigt. De ville kun udmønte pengene, hvis der var tale om ”nye opgaver”.

PLO-Sjælland spillede tidligt ind med en ny sygebesøgsmodel med to kategorier af sygebesøg, nemlig de simple (patient + læge) og de komplicerede (tværsektorielle) sygebesøg. Modparten afviste modellen og ønskede i stedet en ”all inclusive-model”. PLO-Sjælland tilbød derpå et samlet koncept med nye bagom-numre til kommunale samarbejdspartnere, tidlig aflæggelse af sygebesøg, så apoteket kunne nå at bringe medicin ud samme dag, elektronisk advis til kommunen, stedlig læge og ekstra økonomi til lægedækningstruede kommuner. Det syntes region og kommune ikke var nyt – og kunne derfor ikke tilføre mere økonomi. De kunne desværre ikke pege på udækket behov for noget nyt – og mit glimrende forslag om, at ”så tager vi friskpresset appelsinjuice med på sygebesøg – det er da nyt!”, vandt ikke gehør.

Til sidst spurgte de, om vi ikke skulle tænke lidt over, hvordan man kunne dele sygebesøgene op i tværsektorielle og ikke-tværsektorielle besøg... Tingene begyndte at køre i ring, og her medio oktober virkede det derfor ærligt talt, som om man ikke var interesseret i at indgå en aftale – modsat ønskede man ikke at nedlægge forhandlingerne. De sjællandske forhandlinger blev derfor sat på pause, indtil én af parterne lægger ”nye væsentlige oplysninger” på forhandlingsbordet.

### **Den videre proces**

Opgaven er ikke løst. Antallet af sengepladser falder stadig, ”færdigbehandlet” er

noget andet, end det var engang, patienterne udskrives hurtigt, og mange af dem lander fortsat på midlertidige sengepladser i kommunerne. Region og kommuner kigger stadig mod almen praksis, når arbejdet skal gøres – og opgaven med at få aftaler på plads består.

### **Plejhjemslægen**

PLO-Sjælland har været udsat for et komprimeret og hårdt forhandlingsforløb, hvor regionen forsøgte at komme med tilføjelser til OK14 ved at foreslå en ”plejehjemskonsultation” til 0101-takst i forlængelse af plejhjemslægens arbejde med at undervise plejepersonalet. Samtidig kunne kommunerne stort set ikke tilbyde noget ud over den centralt fastsatte takst, eksempelvis ikke engang en regulering af den tiltænkte 4-årige aftaleperiode. Aftale om plejhjemslægen er derfor medio oktober også sendt på pause.

### **Lægedækning**

Antallet af praktiserende læger i Region Sjælland falder fortsat. Region Sjælland har tidligere løst den heraf følgende lægemangel med regionsklinikker. I 2015 afholdt Region Sjælland første gang et udbud om driften af fire kapaciteter. Nordic Medic Care vandt hele udbuddet og driver nu klinikkerne i Nakskov og Horslunde. Region Sjælland planlægger aktuelt udbud af yderligere fem klinikker, som Nordic Medicare driver midlertidigt, indtil de er bragt i udbud efteråret 2016. Det drejer sig om Nakskov (to kapaciteter), Nykøbing F (én kapacitet) og Vordingborg (to kapaciteter).

PLO-Sjælland anerkender naturligvis regionens pligt og ret til at sikre lægedækning via udbudsklinikker. Samtidig er vi alvorlig bekymrede for udviklingen og særligt afviklingen af ”egen læge”-konceptet. Vi er uforstående over for måden, man regulerer almen praksis med økonomiløfter uden opgaveløft, samtidigt med at man ”åbner pengeposen” over for udbudsklinikkerne, særligt fordi PLO-Sjælland modtager foruroligende tilbagemeldinger om, at Nordic Medicare ikke dækker deres forpligtigelse til at ”levere varen” i dagtid. Det er utilfredsstillende for patienterne – og sætter samtidigt lægevagten under et urimeligt pres i et område, hvor vi i forvejen har udfordringer med at dække opgaverne i vagten.

### **Lægevagt**

PLO-Sjælland har siden 2014 efterspurgt ændring af vores lægevagtsaftale. Region Sjælland vedtog 2015 ”En indgang til akutområdet” - nye tiltag har dog ladet vente på sig, uden at vi har kunnet få en forklaring på hvorfor. I mellemtiden har ændringerne i sygehusstrukturen sat lægevagten under pres. Som eksempel lukkede akutmodtagelsen på Roskilde Sygehus før sommerferien. Det medførte, at en indlæggelse fra lægevagten på Roskilde Sygehus til hjerteafdelingen på Roskilde Sygehus skulle foregå via akutmodtagelsen på Holbæk Sygehus. Lægevagten har ikke personale eller lokaler til at observere eller ledsage dårlige patienter til Holbæk. PLO-Sjælland har derfor taget fornyet initiativ til drøftelser af lægevagtsaftalen. Første møde har været afholdt september 2016.

### **Fælles visitation – et enkelt strejf af sollys**

De mange ændringer på sygehusene i vores region har affødt et langvarigt ønske om fælles visitation. Det er derfor med glæde, at ønsket er imødekommet - og at den fælles visitation langt om længe er ”gået i luften” den 1. september 2016.

### **OK17**

PLO-C har vores fulde opbakning til arbejdet med at indgå ny OK. PLO-Sjælland har tillid til, at PLO-C er meget opmærksomme på de høstede erfaringer med de centrale forhandlinger om sygebesøg og samtaleterapi. Vi er glade for det gode samarbejde både med sekretariat, vores regionale og øvrige medlemmer af bestyrelsen og med vores fælles formand. PLO-Sjælland ser frem til forhandlingerne om en ny overenskomst, som forhåbentlig giver løsninger til mange af de udfordringer, vi står med både regionalt og nationalt.



**Beretning fra PLO-Midtjylland, efterår 2016, ved Karsten Rejkjær Svendsen**

Udfordringerne i almen praksis er ikke til kortsigtede løsninger, og det ses tydeligt, når man panorerer ned over nedenstående. Flere emner er gengangere fra tidligere. Det skal ikke ses som udtryk for tilstand, men er udtryk for virkelighedens kompleksitet.

**Decentrale forhandler om sygebesøg og samtaleterapi**

Det skal ikke være nogen hemmelighed, at det har været et meget langstrakt og tidskrævende forløb. At vi, på trods af det, er blevet ved, skyldes, at vi stadig ser nogle mulige væsentlige fordele ved en aftale på samtaleterapi- og sygebesøgsområdet. Også selv om det er en decentral aftale. I skrivende stund ser vi fortsat en mulighed for at få et tiltrængt løft på honoraret for sygebesøg. Et løft, som vi har svært ved at se komme via en almindelig honorarstigning i den centrale OK.

**På patientens vegne**

PLO-Midtjylland hilser bestyrelsens udspil velkommen. Det var tiltrængt med et PLO-oplæg i sundhedsdebatten og i sidste øjeblik inden OK17. Selv om det havde været hensigtsmæssig, at repræsentantskabet var blevet inddraget i processen, har vi forståelse for den tidsmæssige udfordring, der har været. Grundlæggende ser vi dog gerne, at repræsentantskabet bliver inddraget i processen omkring lignende udspil i fremtiden.

**Laboratorieområdet**

Region Midtjylland valgte, trods massiv modstand, at blodprøver rekvireret på patienter i et behandlingsforløb på sygehusene skal tages på sygehuslaboratorierne eller andre regionale blodprøvningssteder. Der var modstand både fra patienterne, PLO-Midtjylland, og uofficielt var der også en vis utilfreds med ordningen intern på sygehusene. Men det var et diktat i forbindelse med regionens sparekatalog. Hvor stor en evt. regional besparelse bliver, er uvist. Samfundsøkonomisk er det svært at få øje på en besparelse.

**6101 – samtaleterapi**

Efter tre år uden opfølgende kontrol af enkelttydelser med samtaleterapi har Region Midtjylland valgt at tage kontrollen op igen. Det er vores klare opfattelse, at beslutningen er en konsekvens af vores manglende velvilje med hensyn til regionens spareplan. Regionen kalkulerer med et kontrolprovenu på mellem fire og fem mio. Vi har orienteret i flere medlemsinfoer om forløbet.

Uanset at vi synes, det er forkert pludseligt at kontrollere tre år bagud i tiden, så er det inden for gældende regelsæt. Det dog dybt problematisk, hvis regionen vil afgøre et evt. tilbagebetalingskrav på baggrund af dokumentation i form af kopi af patientjournalen. Ifølge Sundheds- og Ældreministeriet kan regionen ikke afkræve sådanne oplysninger til kontrol. Om regionen vil bruge manglende journaldokumentation til at afgøre kontrollen i egen favør, er i skrivende stund ikke afklaret.

### **Lægedækningen**

Der er to grundlæggende årsager til, at der er brug for at få besat ydernumre, både eksisterende og nyopslåede. Dels at praktiserende læger lader sig pensionere eller ophører i almen praksis af andre årsager. Dels på grund af befolkningstilvæksten i de større bysamfund, hvor begge årsager spiller sammen.

I forhold til de større bysamfund så er der etableret seks nye ydernumre på PLO-hænder.

Det er fortsat ikke lykkedes at løse lægedækningsproblematikken i de tyndt befolkede dele af regionen. At det indtil nu alligevel er lykkedes at holde antallet af de private udbudsklinikker på de tre, der blev etableret i 2014, skyldes ikke mindst den store indsats og velvilje, som kollegaerne i de berørte områder har lagt for dagen. Det skyldes selvfølgelig også, at det sker i et, sædvanligvis, godt samarbejde med Region Midtjylland, og på trods af at vi ikke er enige med regionen i, hvilke midler de burde gøre brug af.

Vi ser med tilfredshed på, at PLO stiller skarpt på det store antal af almenmedicinere, der arbejder på regionernes sygehuse. Det er en problemstilling med flere facetter, men uanset fra hvilken vinkel man ser den, så er den et udtryk for, at det politiske fokus primært er på udviklingen i sygehusvæsenet. Vil man styrke det samlede sundhedsvæsen, så skal man styrke almen praksis. Det kræver flere læger, der vil arbejde som praktiserende læge, og det sker ikke, før det politiske fokus flytter sig over på det nære sundhedsvæsen og følges op af handling.

### **Medicin-kvalitetsprojekt**

I foråret sagde vi klart nej til regionens forslag om, at hovedparten af overskuddet på KEU-kontoen (Kvalitets og Efteruddannelsesudvalget) skulle bruges direkte i Region Midtjyllands spareplan. Det betød, at regionen afbrød de drøftelser, der var i gang om et medicin-kvalitetsprojekt og drøftelserne om et større økonomisk bidrag fra KEU til kvalitetsorganisationen.

På vores initiativ har vi, efter sommerferien, genoptaget drøftelserne omkring medicin-kvalitetsprojektet. Overskriften er ” Rette pille, i den rette mund, hverken mere eller mindre”. Det er hensigten at lave en fokuseret indsats ved hjælp af efteruddannelse på nogle udvalgte områder, så som psykiatri og geriatri. Hvis der samtidig er nogle positive effekter på patientens og regionens medicinbudget, er det en ekstra gevinst.

### **Fokus på kollegial støtte**

En arbejdsgruppe i PLO-Midtjylland har arbejdet med temaet selvjustits og ”Hvordan tager vi os af hinanden”. Vi ønsker at signalere, at vi forventeligt kan være særdeles udfordret i visse perioder af vores karriere. Vi ønsker en kollegakultur, hvor det er ok at spørge: ”Hvordan går det egentlig”?

27/29

Der arbejdes på at udbrede kendskabet til de redskaber, der er for læger, som har behov for støtte og vejledning, herunder det kollegiale netværk i Lægeforeningen.

#### **Afklaring i sagen om influenzazydelsen fra før 1. oktober 2014**

Hvad der ikke lykkedes for PLO, er lykkedes for en ihærdig kollega fra Aarhus. I sagen om de afviste influenzahonorarer i forbindelse med sygebesøg har han, efter en vedvarende og tålmodig indsats, fået følgende svar fra Sundheds- og Ældreministeriet:

”For vaccinationer, foretaget før den 1. oktober 2014, havde lægen ret til at modtage det høje vaccinationshonorar, samtidig med at lægen blev honoreret for sygebesøg efter overenskomsten.”

Regionen er nu indstillet på at finde de sager, hvor der er afregnet forkert. og rette op på forholdet.

### **Beretning fra PLO-Færøerne, efterår 2016, ved Marjus Dam**

For omkring et år siden oplyste jeg her, at vi skulle i gang med overenskomstforhandlinger. Desuden var det fremkommet, at vores basishonorar ikke var reguleret siden april 2011 det vil sige, at man var flere år bagud med reguleringen. Vi forventede, at en overensoverenskomst aftalt regulering af denne slags kom på plads hurtigt og uden diskussioner.

Vi gik i gang med overenskomstforhandlingerne, men Finansministeriet ville have basishonorarreguleringen på plads før overenskomstforhandlingerne.

Nu har vi, efter ca et år, fået selve reguleringen på plads, men ikke med et beløb inkluderet, der burde være med i april 2012.

Når der kommer så lidt ud af af så megen tid, så er det værste at frygte.

Som I kan se, er overenskomstsituationen ikke forandret eller forbedret det sidste år.

Vi har rigeligt at lave i en underbemandet praksissektor. På grund af kronisk lange arbejdsdage er indtjeningen pr. læge dog nogenlunde. Der er ca 20 ud af 31 læger i fast stilling.

En underbemanding af denne størrelse burde få nogle alarmklokker at ringe, både hos os, men sandelig også hos myndighederne. Vi burde stå stærkt i en overenskomstforhandling med slige kort i hånden. Hvis der ikke snarligt sker en forbedring af bemandsingssituationen, er der fare for kollaps i den primære lægesektor. Eg god og stabil overenskomst er en af mange forudsætninger for, at læger fremover skal bemande stillingerne.

Man har fra offentlig side et ønske om, at praksissektoren skal fungere godt - men samtidig ser det ud til, at man ikke er særlig interesseret i overenskomstforhold, der er en forudsætning for, at læger vil nedsætte sig i praksis. Det ser ud til, at man både vil blæse og have mel i munden – og det går som bekendt ikke særlig godt. Offeret i dette tragiske eksperiment bliver patienter, der ikke har adgang til læge, og læger, der har alt for mange patienter.

Vi tror, at almen praksis på Færøerne nu er presset så meget, at vi ikke kan finde os i, at overenskomstforholdene ikke er på plads. Det nytter ikke, at vi fortsat arbejder mere og mere. Det kan ikke være meningen, at et politisk bestemt regneark skal definere voret arbejdsliv og liv. Hvornår siger vi fra, så det bliver forstået, i stedet for at blive ved at pukke løs?

Der er opgaveglidning til almen praksis på Færøerne. Det kan ses af, at vi har mere og mere at lave i praksis, som årene går. Der er for så vidt udmærket – hvis planlægningen var i orden, og læger var i praksis til at tage imod patienterne. En

29/29

sådan planlægning er desværre ikke tilstedeværende, og det er med til at skabe problemer.

Jeg må også oplyse, at da vi har en kraftig lægemangel i hospitalssektoren på Færøerne, betyder det også mere arbejde i praksissektoren af den grund.

Som I forstår, så har vi problemer. Vi har dog i primær- samt sekundærsektoren mange fagligt dygtige mennesker, der virkelig yder en god indsats i det daglige. Og det er godt. Men det er nødvendigt, at overenskomstforholdene bliver forbedret, så flere læger bliver ansat. Kun dette virker til en holdbar løsning på kort og lang sigt.

KLF på vurderer, at det helst er nødvendigt med en gulerod i områderne uden for Thorshavn, hvor der er mangel på læger. Vi vurderer, at det er nødvendigt med en differentiering af løn, så der betales mere for at få læger til at bemande yderdistrikterne.

Vi ønsker overenskomstforhold, der tiltrækker og fastholder læger i deres arbejde. Kun dette er acceptabelt for os og patienterne.