



Formandsberetning

Skriftlig

PLO's repræsentantskabsmøde den 22. april 2017

Indhold

Indledning.....	2
Status på OK17.....	2
PLO's synlighed og dialog med øvrige sundhedsaktører.....	3
Status på det regeringsnedsatte arbejde med det nære sundhedsvæsen	4
Rekruttering, lægedækning og dimensionering	4
Risikobaseret tilsyn	5
Akutbetjeningen og lægevagten	6
Praktiserende lægers samarbejde med kommunerne	7
Status på dataområdet.....	7
Implementering af EU-persondataforordningen	8
Nyt medlemssystem og ny hjemmeside	9
Samarbejdet i Lægeforeningen.....	9
Status på den systematiske efteruddannelse	10
Lægedage og markering af PLO's 50 års jubilæum.....	11
Skriftlig beretning fra PLO-Hovedstaden, ved formand Karin Zimmer	12
Skriftlig beretning fra PLO-Syddanmark, ved formand Jørgen Skadborg.....	17
Skriftlig beretning fra PLO-Midtjylland, ved formand Lise Høyer	19
Skriftlig beretning fra PLO-Nordjylland, ved formand Annemette Alstrup	22
Skriftlig beretning fra PLO-Sjælland, ved formand Ulrik Hesislev.....	26
Skriftlig beretning fra PLO-Færøerne, ved formand Marjus Dam.....	28

Indledning

Kære repræsentantskab!

Jeg skriver denne beretning, mens vi fortsat forhandler om en ny OK17 – en aftale, som mange andre end praktiserende læger har store forventninger til.

Vi venter også samtidig på regeringens udvalg om ”det nære og sammenhængende sundhedsvæsen”. Vi kan derfor godt tillade os at håbe på, at 2017 bliver det år, hvor vi får igangsat en tiltrængt vækst og udvikling i vores del af det samlede sundhedsvæsen.

Året startede ret godt på dette område. Regeringens rapport om lægedækning havde i høj grad fokus på almen praksis. Nogle af forslagene var godt nok formuleret som ønsker til vores overenskomst – og det var vel at mærke ikke PLO’s ønsker, der her var tale om...

Men andre forslag indeholdt derimod klare signaler om at styrke den almen-medicinske del af det danske sundhedsvæsen. De tre vigtigste var: Flere lægestuderende i Aalborg, flere læger i almen-medicinske KBU-stillinger og flere almen-medicinske speciallæger. Den del af rapporten anerkender vi gerne og siger tak for.

Hvis vi forbliver lidt i det optimistiske hjørne, så er der faktisk en fin sammenhæng mellem denne rapport og de budskaber, som PLO har forsøgt at udbrede:

Hvis fremtidens sundhedsvæsen skal balancere, så skal der, efter en lang periode med stagnation, investeres betydeligt i vækst og udvikling af almen praksis. Vi har det fint med, at kravene til os bliver øget: Aktiviteten og kvaliteten skal fortsat stige, men det skal ske samtidig med, at vi skal tiltrække flere praktiserende læger og ikke mindst ansætte mere personale.

Status på OK17

Status på forhandlingerne om en ny overenskomst for almen praksis er i skrivende stund (primo april), at der ikke er indgået en aftale, og at der fortsat forhandles mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN).

Det betyder, at det er begrænset, hvor meget der i denne skriftlige beretning kan skrives om sagen. PLO og RLTN har en aftale om, at forhandlingerne føres i forhandlingslokalet og ikke i pressen eller andre steder i det offentlige rum. Den aftale har begge parter respekteret.

Derfor vil jeg i denne beretning heller ikke komme nærmere ind på de overvejelser, man kan gøre sig i forhold til de forskellige scenarier, man kan forestille sig for de kommende måneder. Det håber jeg, at der er forståelse for.

Der har været holdt en række forhandlingsmøder samt et endnu større antal mere uofficielle møder i en smallere kreds af politikere og sekretariatsmedarbejdere. Dertil kommer det store arbejde, der udføres i de to sekretariater blandt andet i form af notater, analyser og beregninger.

Som nævnt er det PLO's tilgang, at denne OK17 skal være starten på vækst og udvikling i almen praksis. Det sætter et vist pres på forhandlingerne, og derfor skal vi også give processen den tid, den nu engang må tage.

I hele forløbet har PLO's forhandlingsudvalg forsøgt at holde en så tæt kontakt til både bestyrelse og repræsentantskab, som det nu har været praktisk muligt. I den kontakt har vi naturligvis oplevet en sund skepsis, når vi har forelagt nye tanker og idéer, men vi har, vigtigst af alt, oplevet en meget bred og udtalt opbakning til den linje, vi har lagt i forhandlingerne. Det er ikke en selvfølge, og det vil jeg på vegne af Forhandlingsudvalget godt sige jer tak for.

PLO's synlighed og dialog med øvrige sundhedsaktører

Det er bestyrelsens ambition, at PLO fortsat skal markere sig som en aktiv og konstruktiv aktør, både i den offentlige debat og i dialogen med sundhedsvæsenets øvrige interessenter.

Den linje, som i efteråret 2016 kom til udtryk med blandt andet det politiske udspil "På patientens vegne" og afholdelsen sammen med Lægeforeningen af konferencen i Den Sorte Diamant i København om "Faglighed, kvalitet og sammenhæng i det nære sundhedsvæsen", er blevet videreført.

I januar offentliggjorde PLO sammen med Kræftens Bekæmpelse det fælles, politiske udspil, "Kræftpatienter og almen praksis – en styrket indsats".

Almen praksis skal, i sagens natur, dække mange fagområder, og derfor er vi også i dialog med flere andre aktører om, hvordan vi i fællesskab kan styrke almen praksis i Danmark, både fagligt og politisk.

Et vigtigt bidrag til mere synlighed i den offentlige debat er kommet fra vores analyseafdeling. Det er tydeligt, at både PLO og vores omgivelser har gavn af at få fakta ind i debatten. PLO's sekretariat producerer nu månedlige "PLO-analyser", og det er tydeligt, at de bidrager til at stimulere og kvalificere debatten om almen praksis nu og i fremtiden.

Til sommer vil PLO, for tredje år i træk, være til stede på Folkemødet på Bornholm med sit eget telt, der vil danne ramme om syv-otte forhåbentlig velbesøgte debatarrangementer. Samtidig er Folkemødet en god platform til at dyrke uformelle kontakter og relationer til centrale interessenter på det sundhedspolitiske område.

Status på det regeringsnedsatte arbejde med det nære sundhedsvæsen

I januar blev anbefalingerne fra udvalget om det nære og sammengængende sundhedsvæsen udskudt 4-5 måneder. Lægeforeningen har sammen med stort set alle andre interessenter givet tydeligt udtryk for store forventningerne til udvalget. Derfor var vi naturligvis lidt skuffet. Omvendt kan vi også tolke det positivt. Vi venter gerne lidt længere på en god, idérig og handlekraftig rapport – i stedet for en opremsning af de udfordringer, som vi alle kender i forvejen.

For at sige det lige ud: Bestyrelsens forventninger til regeringens udvalg er, at dets afrapportering kommer til at markere dét, man med et moderne ord kalder et ”paradigmeskift”. Altså en helt anderledes satsning på udviklingen af det primære sundhedsvæsen, både i kommuner og almen praksis. Det er simpelthen ikke muligt alene at håndtere væksten i sundhedsvæsenet ved kun at udbygge og investere i vores sygehuse.

Hvis ikke dette længe ventede udvalgsarbejde bliver anledningen til nu at opruste i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, så er det vanskeligt at se, hvornår det så skal ske.

Rekruttering, lægedækning og dimensionering

Regeringens lægedækningsudvalg fremlagde sin rapport om lægedækning den 18. januar 2017. Rapporten indeholdt 18 forslag, hvoraf de ti omhandlede almen praksis.

Flere af forslagene pegede, som nævnt, i den rigtige retning. Det gælder fx forslaget om at sikre, at alle læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelsen og i videreuddannelsen, blandt andet ved at alle skal arbejde et halvt år i almen praksis som en del af den kliniske basisuddannelse.

Der var dog også forslag, der pegede i den forkerte retning, herunder især et forslag om udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almen-medicinske klinikker.

Efterfølgende gik der en politisk proces i gang, og den 9. februar 2017 indgik samtlige Folketingets partier en aftale om bedre lægedækning, der følger op på udvalgets anbefalinger.

Partierne er blandt andet blevet enige om at forlænge den fireårige periode, hvor regionerne kan drive regionsklinikker, til seks år. Og man har en formulering om, at regionerne kan ansøge ”om etablering af forsøg med nye organiseringsformer” i områder med lægedækningsproblemer, blandt andet at oprette almen-medicinske regionsklinikker på sygehuse - ikke lige i tråd med tankerne bag det almen-medicinske speciale.

Der er her tale om to elementer, der skal gøre det mere attraktivt for regionerne at oprette og drive egne almen-medicinske klinikker. I bedste fald er der tale om signalforvirring i en tid, hvor alle ellers taler om værdien af den praktiserende læge.

I PLO er vi ikke kede af konkurrence, når den er fair, men vi kan ikke konkurrere med regionsfinansierede klinikker, hvis det er intentionen. Dertil synes vi, at det er uheldigt, at den enkelte region nu får tre forskellige, men tydeligt sammenhængende kasketter:

1. Myndighed, der fastlægger lægedækning, lægedækningstruede områder og forvalter ydernumre.
2. Forhandlingsmodpart, når vilkårene for de praktiserende læger skal aftales.
3. Driftsherre, når regionen selv vælger at stå for klinikdriften.

Hvis ikke man passer meget på, kan dette skabe nogle uheldige interessekonflikter. Det undrer mig, at der stort set ikke er nogen politikere eller embedsmænd, der har påpeget dette.

Bestyrelsen og sekretariatet vil følge udmøntningen af ikke mindst disse elementer i det politiske forlig om bedre lægedækning meget tæt og vil forsøge at påvirke så meget som muligt.

I den politiske aftale indgik også, at der blev afsat et beløb på 150 mio. kroner over tre år til at understøtte indfasningen af en differentieret basishonorering til fordel for læger i områder med dårlig lægedækning – under forudsætning af, at der opnås enighed om dette ved forhandlingerne om en ny overenskomst for almen praksis.

Det er naturligvis positivt, at Folketinget afsætter ekstra midler til almen praksis. Man kan dog diskutere, om beløbet vil gøre en reel forskel i forhold til problemerne med lægedækning. Og det er et problem, at der er tale om en midlertidig bevilling, som forsvinder igen, når de tre år er gået.

Herudover skal nævnes, at Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 15. marts, efter anbefaling fra Sundhedsstyrelsens prognose- og dimensioneringsudvalg, besluttede at øge antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin med 18 i perioden fra 2018-2020.

Her er der tale om et skridt i den rigtige retning, men igen er ambitionsniveauet efter PLO's opfattelse for beskedent. Man har et for snævert fokus, idet man undlader at forholde sig til det store behov for flere speciallæger i almen medicin, der vil opstå efter 2020, i takt med at store årgange af praktiserende læger går på pension, samtidig med at efterspørgslen på ydelser fra almen praksis stiger.

Risikobaseret tilsyn

Alle taler om at nedbringe bureaukratiet – men i praksis er det ofte svært at gøre noget ved det. Det er også væsentlig lettere at skabe bureaukrati end at nedbringe det igen. Det har vi på det seneste måttet sande i almen praksis.

Da Folketinget i sommeren 2016 besluttede at indføre risikobaseret tilsyn i blandt andet almen praksis, fik vi fortalt, at formålet var, at man nu mere målrettet ville være opsøgende over for de klinikker, hvor der var mistanke om en øget risiko for patienterne. Det lød som et fornuftigt tiltag, der kunne højne patientsikkerheden i almen praksis. Og den økonomiske byrde kunne vi inddrage i OK17-forhandlingerne.

Vores overraskelse var derfor stor, da vi siden erfarede, at tilsynet ikke bare skulle opsøge ”risikoklinikker”, men derimod foretage en lang række besøg i almen praksis, som en ganske almindelig stikprøvekontrol. Dermed er tilsynet ikke risikobaseret.

Endnu værre bliver det, når man ser indholdet i de målepunkter, der skal bruges i tilsynet. De ligner i høj grad den akkreditering, der lige nu gennemføres i alle klinikkerne (blandt andet hygiejne, journalføring, behandling af kronikere og opfølgning på prøvesvar). Der er altså tale om overlap i forhold til noget, der i forvejen er en tung, bureaukratisk øvelse for mange klinikker.

PLO har gennem flere møder med Styrelsen for Patientsikkerhed forsøgt at oplyse om vores grundlæggende forbehold over for denne tilgang til ”risikobaseret tilsyn”. Vi har foreslået, at styrelsen burde besøge de praksis, hvor der rent faktisk er formodet mistanke om risiko for patienterne - altså en egentlig risikobaseret tilgang. Og vi har præsenteret styrelsen for alternativer til styrelsens målepunkter.

Styrelsen har lyttet og har også korrigeret dele af tilsynet, men grundlæggende er vores konklusion, at tilsynet stadig, efter vores vurdering, rammer ved siden af - både i udvælgelse af klinikker og i tilsynets indhold. Mere tydeligt kan vi vist ikke sige det. PLO må bare erkende, at vi ikke når videre i denne omgang.

Efter ca. 20-40 tilsyn i almen praksis vil tilsynet blive evalueret. Her vil vi naturligvis bidrage igen og se, om vi kan få bragt tilsynet i en retning, der giver lidt mere mening. Det er trods alt sundhedsvæsenets fælles ressourcer, vi bruger på dette. Det er ærgerligt, at man griber en vigtig tilsynsopgave an på en så uhenigtsmæssig måde.

Akutbetjeningen og lægevagten

Siden sidste repræsentantskabsmøde har der været en del historier i pressen om 1813, både positive og negative. Til gengæld har der ikke været mange historier om lægevagten i de fire andre regioner.

Det skyldes muligvis, at vi – de praktiserende læger – i mange år har stået for ordningerne som en del af vores normale lægegerning og ikke har behov for at gøre opmærksom på, at vi hvert år hjælper mere end en million danskere, når vores klinikker har lukket.

Alene i 2016 kørte vi 185.000 sygebesøg¹ og havde mere end 1,7 mio. telefonkonsultationer. Selv om der i dag er færre læger, og vagtbelastningen derfor hos den enkelte er blevet større, er der stadig bred opbakning til at dække lægevagten i de fire eksisterende regioner.

Praktiserende lægers samarbejde med kommunerne

Et øget samarbejde mellem almen praksis og kommunerne er en vigtig brik i udviklingen af den nære sundhedsvæsen. Udfordringen i samarbejdet er, at der er mange måder og holdninger til tilrettelæggelsen af samarbejdet. På nogle områder kan forskellighed være godt, mens det i andre tilfælde kan være en barriere for at opnå bedre behandling og pleje af borgerne.

Formalisering af samarbejdet, som også afstemmer forventninger til begge parter, er et af de tiltag, som vi i PLO-C kan bidrage med. Et eksempel på dette er aftalen om fast tilknyttede læger på plejecentre. Der er i de regionale sekretariater blevet gjort et stort stykke arbejde med at facilitere denne ordning og lave kontrakter for samarbejdet mellem praktiserende læger og kommuner/plejecentre. Mange praktiserende læger har budt ind på denne opgave, og det er vi i PLO rigtig glade for, især fordi vi ved, at mange ellers har nok at lave. Det er også baggrunden for, at PLO har meldt positivt tilbage over for Sundheds- og Ældreministeriet i forhold til at udvide ordningen til også at omfatte visse botilbud.

Flere kommuner har i de seneste år oprettet forskellige typer af kommunale akutfunktioner. Som for plejecentrene vil det også her være godt med en national aftale, der tager hul på at løse disse nye opgaver. Men netop fordi det er en ny opgave, kræver det lidt mere forarbejde i PLO og dialog med myndighederne. I første omgang ligger denne opgave i PLO's Kommuneudvalg.

Status på dataområdet

Arbejdet med at få genoptaget den lovpligtige indberetning af patientdata fra almen praksis til de kliniske kvalitetsdatabaser skrider fortsat fremad. PLO har en løbende dialog med RLTN om processen, der kører efter denne køreplan: http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=11383447.PDF

For så vidt angår indberetning af data vedrørende diabetes, er testarbejdet afsluttet, og systemhuset A-data har implementeret muligheden for, at lægen kan starte indberetningen op pr. 1. april 2017. De øvrige systemhuse forventer at idriftsætte indberetningen pr. 1. oktober 2017, og dette ventes også at omfatte indberetning af KOL-data.

¹ Til sammenligning kører 1813 ca. 20.000 sygebesøg om året i Region Hovedstaden

I denne model overføres data direkte fra den enkelte læges klinik til regionernes landsdækkende, kliniske kvalitetsdatabaser (RKKP), uden mellemlanding. Indberetningen omfatter kun de data, som man har et klart lovgrundlag for at overføre.

PLO har bedt systemhusene om at bruge de 'indikator-data', som fremadrettet indberettes direkte fra lægesystemet, til at lave indikatorrapporter, så vi igen kan få et godt overblik vores diabetes- og KOL-patienter, i stil med de tidligere kvalitetsrapporter.

Implementering af EU-persondataforordningen

EU's persondataforordning, der på flere områder vil få betydning for almen praksis, træder i kraft den 25. maj 2018. Med forordningen indføres en række helt nye bestemmelser, som det påhviler den dataansvarlige at få styr på og efterleve.

Det har forårsaget et omfattende udredningsarbejde, der er mundet ud i en køreplan for PLO's arbejde med forordningen, som i marts er godkendt af bestyrelsen. Køreplanen er et udtryk for, at PLO ønsker at bistå medlemmerne ret langt i processen med at bringe klinikkerne i overensstemmelse med forordningens krav uden at drukne dem i teknik og administration.

Forordningen indebærer, at alle klinikker skal kunne stå på mål for – og informere patienterne om:

- Hvilke personoplysninger, der behandles
- Hvordan de registreredes rettigheder opfyldes (indsigt, indsigelse, berigtigelse)
- På hvilket grundlag (efter hvilke regler) oplysningerne behandles
- I hvilket omfang, der indhentes samtykke
- Hvad man gør i tilfælde af brud på persondatasikkerheden
- Hvordan man teknisk og organisatorisk sikrer sig mod misbrug og nedbrud.

Det er ambitionen at stille denne (standard)dokumentation for forordningens overholdelse til rådighed for alle medlemmer, så den kan genbruges på medlemmernes hjemmeside.

IT- og Dataudvalget har peget på en model, der indebærer, at PLO lægger ressourcer i at udarbejde en standard-databehandlersaftale, som skal udrulles til alle systemhuse.

Vores tilgang er kort sagt den, at der ikke er nogen grund til, at hver klinik opfinder den dybe tallerken; det er smartere, at kræfterne forenes, så PLO med sit IT- og Dataudvalg, sit sekretariat og sine eksterne rådgivere udarbejder fælles, ensartede løsninger, som så stilles til rådighed for medlemmerne. På den måde bliver det både bedre og billigere for den enkelte klinik.

PLO's medlemmer vil løbende blive holdt ajour, og klinikkerne udstyres med:

- Dataoversigt, der viser, hvilke oplysninger klinikken ligger inde med om patienten, hvordan disse data behandles i klinikken, og hvilke andre aktører data deles med, herunder hvad hjemlen er for videregivelse.
- Standarddatabehandleraftale med systemhuset, henholdsvis særftaler for nationale formål (fx webreq) samt en folderløsning, der gør, at disse aftaler ligger samlet ét sted, der er nemt at finde for klinikken.
- Køreplan for, hvordan medlemmet i forbindelse med et evt. kontrolbesøg fra myndighederne godtgør, hvordan den lever op til sit dataansvar.

Nyt medlemssystem og ny hjemmeside

PLO har sammen med den øvrige Lægeforening fået en ny hjemmeside og et nyt medlems- og IT-system. For medlemmerne betyder det blandt andet, at der vil være en større grad af selvbetjening på 'Min side', hvor man selv kan redigere og rette sine informationer. Flere sags gange er desuden gået fra at være papirbårne til at kunne klares elektronisk – fx kan man nu via 'Min side' søge Administrationsudvalget om økonomisk kompensation ved sygdom og barsel.

Den nye hjemmeside er væsentligt mere moderne i sit udtryk, og der er blevet ryddet godt op i det gamle indhold. Hjemmesiden tilpasser sig den skærm, man sidder på, hvad enten det er computer, tablet eller telefon.

Der vil blive gennemført en brugerundersøgelse af den nye hjemmeside, når den har været i luften i ca. et halvt år, og på baggrund af dette vil den blive rettet til, så den passer medlemmernes behov bedst muligt.

Samarbejdet i Lægeforeningen

Det nye medlemssystem og den nye hjemmeside er eksempler på den gavn, som PLO's medlemmer kan have af samarbejdet med Lægeforeningen og de to øvrige forhandlingsberettigede foreninger.

Arbejdet i Lægedækningsudvalget og Dimensioneringsudvalget er også to rigtig gode eksempler på, at PLO og den øvrige Lægeforening har stor gavn af et samarbejde. Vores samarbejde i Lægedækningsudvalget har helt konkret kastet nogle gode initiativer af sig i det efterfølgende udspil fra Christiansborg. Nogle dagsordener kan PLO med stor fordel fremføre i fællesskab med den øvrige Lægeforening.

Lægeforeningens bestyrelse tog sidste år sammen med PLO, YL og FAS hul på et fælles strategiprojekt, der skal se på, hvordan vi som fælles forening kan få mere ud af at være, ja, i en fælles forening. Vi skal have kortlagt, hvilken værdi den samlede Lægeforening skal levere til medlemmerne, og finde ud af, om der er behov for at ændre noget. Det vil ske med behørig inddragelse af medlemmerne og alle tre delforeninger.

10/29

Lægeforeningens bestyrelse forventer på Lægemødet i 2018 at kunne præsentere et oplæg, der giver et grundlag for en diskussion af, hvor Lægeforeningen skal bevæge sig hen, for at sikre, at medlemmernes interesser bliver varetaget endnu stærkere, end det er tilfældet i dag.

Som formand for PLO vil jeg selvsagt også deltage i Lægeforeningens strategiprojekt med et perspektiv, som handler om at sikre PLO's medlemmers interesser.

Status på den systematiske efteruddannelse

Implementeringen af den systematiske efteruddannelse går stadig noget langsommere, end vi kunne ønske os, og vi er desværre fortsat et stykke vej fra, at alle læger kan melde sig til tre dages systematisk efteruddannelse årligt, som det var aftalt i overenskomsten.

Situationen har løbende været drøftet i såvel bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis som i PLO's Styregruppe for efteruddannelse. En af de store udfordringer er at skaffe tilstrækkeligt med almen-medicinske kursusledere samt fagligt kompetente undervisere. Problemet gør sig gældende hos såvel PLO Efteruddannelse som de regionale og private udbydere.

Det er ikke på kort sigt realistisk, at der kommer et fuldt dækkende udbud af systematisk efteruddannelse. Derfor har efteruddannelsessekretariatet igangsat udviklingen af en model for, at den systematiske efteruddannelse kan gennemføres via den gruppebaserede efteruddannelse (DGE-ordningen). Modellen er blevet kaldt for Systematisk Gruppebaseret Efteruddannelse (SGE) og er en metode, hvor lægerne drøfter to forskellige sygehistorier ud fra et medicinsk, et socialmedicinsk og et organisatorisk perspektiv.

Modellen har været afprøvet i en række efteruddannelsesgrupper i Region Syddanmark, med udgangspunkt i temaet om multimorbiditet, og er blevet meget positivt evalueret. PLO Efteruddannelse har på den baggrund påbegyndt udviklingen af lignende materiale for en række af de øvrige temaer inden for den systematiske efteruddannelse.

For at understøtte udbuddet igangsættes derudover en facilitator- og kursuslederuddannelse for de læger, der godt vil prøve kræfter med at undervise kollegaer, men som ikke har erfaring med det.

Der er stadig stor søgning på den selvvalgte efteruddannelse hos PLO Efteruddannelse. Det skyldtes formentlig, at udbuddet af den systematiske efteruddannelse har været begrænset, men er også et tegn på, at det er vigtigt for medlemmerne at vedligeholde kompetencerne i al almindelighed. Dette er positivt, for hvis vi skal fastholde og udbygge vores kompetencer, skal vi både løftes kollektivt, samtidig med at vi har muligheden for at efteruddanne os inden for områder, der er særligt relevant for den enkelte.

Lægedage og markering af PLO's 50 års jubilæum

Lægedage 2016 var næsten lige så stor en succes som året før, hvor der var 25 års jubilæum. Der var 2925 deltagere, som deltog på i alt 5020 kursusdage.

Temaet for Lægedage 2017 bliver: Almen praksis – en del af en helhed. Heri ligger, at den praktiserende læge både har funktionen som det lokale sundhedsvæsen, der ”beskytter” det noget dyrere sygehusvæsen - og i visse situationer beskytter patienterne fra det ☺ - men også, at vi har funktionen i at tilstræbe en bedre sammenhæng for de patienter, der behandles på tværs af sektorer.

Ved Lægedage 2017 vil vi også markere PLO's 50 år jubilæum. Det vil formentlig ske i forbindelse med åbningen af Lægedage. Jubilæet og Lægedage ligger tidsmæssigt tæt på hinanden, og Lægedage er den begivenhed, hvor flest praktiserende læger er samlet, så det er naturligt, at fejringen sker her.

Forhåbentlig vil rigtig mange medlemmer have mulighed for at være til stede, når vi fejrer vores fag og vores fælles organisation!

Skriftlig beretning fra PLO-Hovedstaden, ved formand Karin Zimmer

Ny formand

Det er med stor ydmyghed, at jeg har påtaget mig posten som formand for PLO-Hovedstaden efter Flemming Skovsgaard, som af personlige årsager ikke ønskede at stille op ved efterårets valg. Fra at være fuldtids praktiserende læge og en gammel rotte i rollen blev jeg kastet tilbage til start i forhold til erfaring, rutine og overblik.

Jeg befinder mig fortsat på en stejlt opadgående læringskurve, nærmest som at springe på et tog i fart. Men nu er jeg ombord, godt hjulpet af et velfungerende sekretariat, en altid tilgængelig næstformand og tredjemanden i Praksisplanudvalget samt ikke mindst godt samarbejde med og masser af opbakning fra PLO-H-repræsentanterne. Det takker jeg for. Jeg takker også PLO-C for at byde mig velkommen til FUR og sørge for, at jeg bliver klædt på til opgaven.

Min overordnede vision som formand er at holde døren åben for medlemmerne, ikke mindst for PLO-K, for vores samarbejdspartnere og for politikere, som går konstruktivt til de praktiserende læger. Det kræver velsmurte kommunikationskanaler og en klar rollefordeling samt en bestyrelse, som tager ansvar og byder ind med sparring, når det er nødvendigt.

Øget arbejdspress i det politiske arbejde

Der er dog meget, som udfordrer de roller, og i PLO-H oplever vi et tiltagende arbejdspress, som skyldes regionens store aktivitetsniveau for at realisere sundhedsplan og praksisplan. Vi er repræsenteret på ca. 100 poster i udvalg og arbejdsgrupper, underarbejdsgrupper, hurtigt-arbejdende udvalg og hertil de uformelle møder og formøder. I kan regne ud, hvor mange møder en PLO-H-repræsentant skal gå til, og det koordineringsarbejde, der ligger i dette...

Størstedelen skyldes de over 100 anbefalinger, som blev vedtaget i praksisplanen, uden at nogen kunne overskue omfanget af det arbejde, som er blevet en realitet. Men også regionens og kommunernes meget omfattende Sundhedsplan med næsten lige så mange anbefalinger, de 200 lukkede enkeltsager i samarbejdsudvalget og et markant stigende forbrug af arbejdstimer med at samarbejde om at løse regionens (og ikke mindst kollegernes) rekrutteringsproblemer sætter os under pres.

Arbejdspresset afspejler sig også i vores sekretariat, hvilket har betydet et merforbrug af årsværk, som der også fremover vil være behov for. Konstruktionen med minimumsbemanding af de fem regionale PLO-R sekretariater og mulighed for tilkøb er uigennemskuelig og ikke særlig operationel – og baserer sig på en historisk fordeling, som nu er kommet til kort i forhold til den faktiske arbejdsbyrde.

Fokus på PLO-K

Ét er deltagelse i arbejdsgrupper for at understøtte regionens behov og varetage kollegernes interesse i den forbindelse. Noget andet er, at vi også selv har brug for

at kunne sætte ting i gang og at understøtte initiativer, som kollegerne sætter i gang for at løse hverdagens problemer, fx i samarbejdet med kommunerne. For at kunne gøre det på en ordentlig måde kræver det et stort og vedvarende oplysningsarbejde i forhold til PLO-H's rolle, når der indgås aftaler. Der skal være et incitament til at være solidarisk med kollegerne i nabokommunen, når vores samarbejdspartnere har nye idéer.

Vi oplever en tiltagende mængde kommunalt og regionalt forankrede (satspulje-) projekter, som glemmer at tage almen praksis med på råd. Vi ser eksempler på lokale opgaveløsninger, som er aftalt med de lokale læger, men ikke forhandlet med PLO-H. Det løser en lokal udfordring, men kan gøre det svært at få forhandlet aftaler hjem, som omfatter alle.

Det omgivende sundhedsvæsen vil så gerne have os med, men man ved alt, alt for lidt om, hvad almen praksis er for en størrelse. Det kan vi blive bedre til at oplyse dem om, og aktuelt er PLO-H's spids af et internt udvalg godt i gang – nemlig PLO-H's kommuneudvalg, som består af tre repræsentanter og tre PLO-K-formænd. Udvalget arbejder med en projektdør, som alle projekter – store som små – der involverer almen praksis, skal ind ad og også ud ad igen, før vi er med. Det bliver spændende at følge.

Dertil kommer en mere proaktiv rolle i kontakten med vores politikere, og aktuelt er vi gået i gang med at planlægge et temamøde med nyvalgte regionsrådsmedlemmer til efteråret, som blandt andet skal indeholde generel oplysning om almen praksis, overenskomstforhold, drift af vores virksomheder med mere.

PLO-H indgår stadig aftaler med regionen og kommunerne

På trods af sammenbruddet i forhandlingerne om de decentrale aftaler om sygebesøg og samtalerapi, en manglende underliggende aftale for lokale aftaler og de uafklarede problemstillinger, det har medført, arbejdes der stadig på visse områder med regionen om konkrete aftaler.

Plejecenteraftalen er en af dem, og det har betydet, at man nu er godt i gang i vores 29 kommuner med at rekruttere læger til stillingerne som fasttilknyttet læge. Vi har ikke overblik over, hvor mange af stillingerne der er besat, men det er vores indtryk, at der er stor variation fra kommune til kommune, og ikke alle kommuner er kommet med på vognen endnu.

Dertil kommer aftale om videokonsultation på Bornholm og en ny og revideret konsulentaftale for KAP-H, som afspejler den aktuelle organisering og arbejdsfordeling i vores fælles kvalitetsorganisation. Fremadrettet har vi udsigt til en række mere principielle aftaledrøftelser i 2017 vedrørende telemedicin, forløbsprogrammer samt andre, hvoraf nogle af dem er beskrevet i de kommende afsnit.

Opgaveglidning

I regi af Praksisplanudvalget er der hvert år et tema omkring opgaveglidning. I regionens optik gælder det begge veje, men i hverdagen oplever almen praksis overvejende opgaveglidning/sivning fra sekundærsektor til almen praksis. Historisk har det været meget svært at gøre rede for ekstraopgaverne og få dem anerkendt som opgaveglidning. Det er tit en strid om ord, og regionen holder på, at opgaveglidninger skal kunne underbygges statistisk, hvilket ofte er en umulighed.

Vi har nu tal, der viser, at antallet af ydelser stiger. Fx er antallet af E-konsultationer steget næsten eksponentielt for de +70-årige, hvilket vi har god grund til at tro, at hjemmeplejen overvejende genererer.

Vi kan alle nikke genkendende til et stigende antal nonsens-opgaver, som ikke er fagligt begrundede, men som handler om, at andre aktører enten ikke gør deres arbejde færdigt, ikke forstår brugen af FMK eller kommer til kort på grund af strukturændringer, som vi fx ser i kommunerne (fx "sosu-chat", fordi sygeplejersken er sparet væk).

I PLO-H er vi midt i en lille indsamling af eksempler med henblik på en kvalitativ analyse af problemet, men også med et fingerpeg om kvantiteten (der er opsamlet i uge 10 af et bestemt antal læger). Vi håber dermed i regi af Praksisplanudvalget at kunne visualisere noget af det, der dræner i almen praksis, uden at det giver mere sundhed for pengene. Ideelt set burde det føre til nogle alment accepterede anbefalinger for samarbejdet mellem sektorerne og til nogle ændringer af procedurer på sygehusene med det formål at skabe mere hensigtsmæssige forløb for patienterne og for almen praksis.

Lægedækning i Region Hovedstaden

Der er gode samarbejdstakter med regionen, som jeg synes, det er værd at kæmpe for. Jeg anerkender, at hovedstadens lægedækningsproblem er til at overse, sammenlignet med fx Sjælland og Nordjylland, men det er vigtigt at videndele om, hvilke tiltag i de forskellige regioner der virker på rekruttering og fastholdelse.

Jeg er imponeret over den 0-ydernummer-model, som Region Midtjylland nu gør brug af i Herning. Jeg er spændt på, om det virker, og modellen vil jeg tage initiativ til at se på sammen med Region Hovedstaden.

I Region Hovedstaden er der en midlertidig, regionsdrevet klinik på Bornholms Hospital med 2600 patienter. Nu har en læge budt ind på en opslået kapacitet, og resten af Bornholms læger har budt ind på at fordele de resterende ca. 1000 patienter mellem sig for på den måde at overflødiggøre regionsklinikken. Regionen har dog stadig et ønske om at bevare klinikken, og der er p.t. ansøgt Sundheds- og Ældreministeriet om dispensation til at ændre klinikkens status fra et midlertidigt tilbud til regionsklinik for de næste fire år. Dette begrundes med, at man ønsker at beholde klinikken som en del af Bornholms Hospital, da hospitalet har status som

udviklingshospital. Det hensigtsmæssige i dette er svært at få øje på, da PLO-lægerne kan sikre lægedækningen på Bornholm.

Besparelser, serviceforringelser, uhonoreret meraktivitet

I har bokset med et sparekatalog i Region Midtjylland. I Region Hovedstaden kæmper vi med serviceforringelser, blandet andet på laboratorieområdet, som går ud over både patienter og læger. Nedlæggelsen af Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium, KPLL, og en successiv lukning af de små blodprøvetagningssteder er ét af flere eksempler.

Det er legitimt at prøve at finde besparelser. Men hvis man indleder strukturændringer som fx nedlæggelsen af en velfungerende laboratorieordning med forsikring om, at det ikke vil betyde serviceforringelser, er det svært at forstå, at nogle af vores patienter nu får længere til et laboratorium, ligesom det er blevet sværere at få mobillaborant til de af vores patienter, som af forskellige årsager har svært ved at møde frem til blodprøvetagning, og hvor alternativet er, at prøverne ikke kan tages.

For kollegerne i hovedstaden har det alternative akuttilbud 1813 betydet meraktivitet i dagtid, som der ikke er kompenseret for, samtidig med at loftet er beskåret med økonomien i den tidligere lægevagt. Det er provokerende, at vi på den ene side har mistet en vagtindtjening, og på den anden side kommer til at udfordre økonomiloftet på grund af en øget aktivitet i dagtiden, som skyldes patienternes henvendelser til os efter deres kontakt med 1813. Vi har med accept fra PLO-C lagt tallene, som taler deres tydelige sprog, op til forhandling med regionen. Status er dog, at regionen har nogle andre tal, som ikke viser det samme... vi bliver ikke arbejdsløse.

En anden udfordring er uddannelsen af fase 2 og 3 i lægevagt, som er nødt til at foregå i 1813-regi. Som aftalerne ligger lige nu, kommer tutorerne til at betale en del af lønnen for uddannelseslægens deltagelse i 1813-vagter (hvor tutorer i andre regioner får vagthonoraret, når vagten afspadseres i dagtiden). En problematik, som vi også starter et forhandlingsforløb om med henblik på en kompensation til tutorer.

Når vi taler om 1813

Der er desværre fortsat store problemer med og uenighed om kvaliteten af akutbetjeningen i Region Hovedstaden.

PLO-H mener fortsat, at de praktiserende læger bør sidde i front og have ansvaret og ledelseskompetencerne for atter at kunne forpligte sig i en akutordning. Det er en specialistopgave at visitere usorterede henvendelser i vagttiden, og vi er som almen-medicinske speciallæger de eneste, der har dette som vores kernekompetence. Der har været uofficielle møder mellem parterne for at nå nærmere en model, som vi kunne blive enige om at forhandle vilkårene for. Men det er ikke lykkedes.

16/29

PLO-H er ikke afvisende over for nye møder om løsningsmodeller. Men vi må også konstatere, at de tre år, der er gået, nok har bragt os længere væk fra en praktisk gennemførlig og forsvarlig løsning, som kan bakkes op af både PLO og Region Hovedstadens politikere.

Jeg ser frem til et godt og konstruktivt repræsentantskabsmøde!

Skriftlig beretning fra PLO-Syddanmark, ved formand Jørgen Skadborg

Generelt

Alle venter på OK17. Siden sidste repræsentantskabsmøde har der stort set været stilstand i relationen til Region Syddanmark. Det ligger i luften, at man ikke vil indgå nogle aftaler, før OK17 er på plads.

Der er fortsat dialog om emner af samarbejds-mæssig karakter, både i SU og uformelt, men man kan konstatere, at Praksisplanens afsnit om indsatsområder er et tomt dokument, når de nødvendige aftaler ikke bliver indgået. Det bliver ikke bedre af, at regionen har aflyst flere PPU-møder.

PLO-Syddanmark bestræber sig alligevel på løbende at tilbyde regionen hjælp til at lave aftaler, som vil kunne understøtte gennemførelsen af diverse projekter. Det bliver positivt modtaget, men derefter sker der som regel ikke mere. Tværtimod har vi fået færre aftaler, idet regionen har opsagt to aftaler om henholdsvis ”supervision” og ”rekruttering og fastholdelse”

Kommunerne

I kommunerne er situationen en helt anden: Vi får mange positive tilkendegivelser om godt lokalt samarbejde. Disse meldinger får vi såvel formelt i den årlige KLU-evaluering som uformelt ved tilkendegivelser på møder med politikere.

Plejecenter-aftalen er under iværksættelse, og det går generelt fornuftigt med af få den udbredt. Enkelte steder er der udfordringer, fordi lægerne ikke føler, de har tid til flere opgaver. Vi er i gang med at danne os et overblik over udbredelsen, og vi kan konstatere, at aftalen bliver brugt på næsten lige så mange forskellige måder, som der er kommuner. Overordnet set er det glædeligt, at denne lille aftale kan benyttes til at styrke relationen til kommunerne.

PLO-K

Vi kan berette, at PLO-K efterhånden er ved at være en vigtig og velfungerende del af vores organisation. Naturligvis vil der altid være kommuner, hvor kollegerens engagement er lavt, men alligevel er PLO-K blevet en aktør, som bliver taget alvorligt af kommunerne. PLO-K-formændene beretter mange steder, at man er lydhøre over for vore behov, fx i samarbejdet med hjemmeplejen.

Der er stadigvæk en lang række områder, hvor den lokale dialog kan styrkes, hvilket kan være til gavn for patienterne og aflaste lægerne: Jo højere fagligt niveau i den kommunale hjemmepleje, jo bedre arbejdsmiljø i almen praksis (og jo bedre behandling af patienterne)!

For at styrke PLO-K-formændenes arbejde har vi netop haft dem med på vores forårsinternat, hvor vi talte om forskellige områder, hvor lokale aftaler kunne være gavnlige, og om plejecenteraftalen. Vi fik naturligvis også tid til at høre om alt det, man havde på hjertet lokalt.

Vi kan varmt anbefale at prøve at inddrage de kommunale formænd på denne måde. Vi håber desuden, at det kan være et vækstlag for fremtidige PLO-repræsentanter.

Lægedækning

Lægedækningsundersøgelsen angiver, at 12,9 pct. af regionens læger forventer at ophøre i praksis inden for et år. Hvis dette holder stik, svarer det til mere end 100 læger. Vi må alle håbe på, at en fornuftig OK17 med økonomisk fremgang kan vende udviklingen, så nogle af de gamle bliver hængende lidt længere, og flere af de unge får lyst til at gå ind i faget. Alle tænkelige centrale og lokale rekrutteringsinitiativer vil være vand ved siden af en god overenskomst, som viser fremad.

Lige nu har vi kendskab til flere områder, hvor lægedækningen er meget sårbar. Bare akut ophør af én enkelt læge, fx på grund af sygdom, kan vælte korthuset. Vi taler ikke om perifere landområder mere. Der er tale om større østjyske købstæder, hvor vi ligesom i Esbjerg vil kunne blive vidne til, at flere lægekapaciteter må overtages af udbudsklinikker.

Problemet er, at vikarmarkedet er blevet udtømt, så det nærmest er umuligt eller overordentligt bekosteligt for almindelige praktiserende læger at skaffe vikar ved pludselig sygdom. Samtidig er det et problem at få kollegerne til at passe patienterne under sygdom, fordi den lokale bufferkapacitet er udtømt på grund af overbebyrdede læger med lukket for tilgang.

Vi må fortsat konstatere, at regionen hellere betaler en betydelig overpris til fx Falck-lægehuse end understøtter lokale PLO-læger i akutte situationer. Man må derfor regne med, at der kommer flere regionsklinikker og udbudsklinkker i Region Syddanmark allerede inden for det næste år.

Hvis vi skal have motiveret regionen til at begynde at bruge lokale aftaler med PLO i lægedækningstruede områder, er det formentligt ikke nok, at vi får vore jurister til at modsige deres jurister med hensyn til lovligheden. Først skal der findes politisk vilje, og dernæst skal regionen opdage, at det er bedre og billigere at satse på os.

Et trin på vejen kunne være centralt aftalte midler eller værktøjer til lokale aftaler. Et af disse midler kunne med fordel være en aftale om passanthonorar for betjening af patienter fra lukkede klinikker i lægedækningstruede områder. Vi håber på, at idéen om passanthonorar (som i øvrigt kommer fra vores regionale modpart) fortsat kan nå at blive spillet ind i den pågående overenskomstforhandling.

Skriftlig beretning fra PLO-Midtjylland, ved formand Lise Høyer

Der er gang i almen praksis på flere måder i Region Midtjylland. Både fra politisk hold, men heldigvis også i handlerne. I januar blev der handlet 20 praksis fordelt over regionen. Politisk spiller vi bold, vi får bolde skudt ind på vores halvdel, som vi ikke altid ser komme, men forsøger faktisk også at skyde nogle bolde afsted selv for at se, om de bliver grebet.

Først og fremmest har der siden sidst været repræsentantskabsvalg, og der er sat et nyt hold. Det PLO-M (PLO-Midtjylland), der skal yde en arbejdsindsats de næste to år. Karsten Rejkær Svendsen er valgt ind på Region Midtjyllands plads i PLO's bestyrelse, hvor han er kommet ind i Forhandlingsudvalget.

Der er gode og erfarne kræfter, der har valgt at stoppe, og til gengæld er der så også kommet andre til. I PLO-M har vi konstitueret os, fordelt arbejdsopgaverne og er allerede godt i gang.

6101

Den første bold, der landede på bordet lige efter nytår, var føljetonen om tilbagebetalingskrav af enkeltstående samtaleydelse tre år tilbage, som de praktiserende læger fik tilsendt i efteråret 2016. Nu med krav om dokumentation for de rettede regninger, som vi havde indsendt.

Regionen ønskede en form for dokumentation fra journalen, der kunne vise, at der havde været en samtale - og for os var det principielt ikke en vej, vi ville gå. Vi havde en længere dialog med regionen, og det endte med, at vi landede den ved at være enige om at være uenige. Den er "parkeret", kravet er aflyst, og vi er meget sikre på, at ej heller regionen ønsker at vende tilbage til denne lidet skønne sag. De afgående ydere fik eftergivet kr. 10.000 per ydernummer i tilbagebetalingskravet, da de jo ikke havde adgang til journaler.

Rekruttering

Trods handler så er der områder af vores region, der er meget trængte. Her ydes en særlig indsats af områdets læger i forhold til at yde lægedækning for patienterne. Der er områder, hvor enkelte lægers sygdom kan ændre billedet fra "grønt" til "rødt" område. Omvendt kan nogle enkelte unge lægers køb af en praksis ændre billedet i den omvendte farveorden. Det viser sårbarheden i de områder med lave befolkningstæthed.

Vi ser også, at regionen i større grad har benyttet sig af muligheden for at annoncere 0-ydernumre. Efter at vi oplevede et udbud i Sunds ved Herning, prøver vi at undersøge, om vi kan gå proaktivt ind for at undersøge muligheder både i forhold til etablerede praksis og ønsker fra de yngre kolleger i områderne, der måske er lige på trapperne til at starte i praksis. Vi stiller os gerne til rådighed i forhold til vejledning.

20/29

I Rekrutteringsudvalget vil vi prøve at gentænke tilbud og tiltag, set fra PLO's vinkel. Både i forhold til rekruttering på den korte og den lange bane. Således at vi allerede i studietiden i højere grad får vakt de studerendes interesse for specialet. Ligeledes vil vi kortlægge de udfordringer og muligheder, vi står i her og nu med de områder, der er lægedækningstruede.

Årgangene fra universiteterne er blevet meget større, og det kræver også, at vi yder en ekstra stor indsats for at få medicinstuderende ud i vores klinikker. Både som en appetizer for vores speciale og som en god oplevelse for praksis. Ligeledes bliver der også i langt højere grad brug for tutorpraksis for uddannelseslæger. Særligt hvis 100 pct. skal ud i almen praksis i KBU-tiden, som det tænkes i lægedæknings-rapporten. Det er vigtigt, at så mange som muligt melder sig og tager godt imod de unge forhåbentligt kommende kolleger i almen praksis.

Medicinprojekt

"Medicin i Midt" er et stort projekt, der er undervejs som et efteruddannelses tilbud til de praktiserende læger i Region Midtjylland, finansieret af KEU (Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg) i et samarbejde mellem PLO-M og regionen. Det handler i bund og grund om "Rette pille i rette mund" og skal være med til at give redskaber til at seponere medicin og lave medicingennemgange – med særligt fokus på den ældre medicinske patient.

Projektet afprøves lige nu i Udviklingspraksis og bliver herefter rettet til og sendt ud til alle praktiserende læger i Region Midtjylland. Der er en aftalt honorering for de praktiserende læger for deltagelse. Vi håber på god tilslutning.

Praksisplanen

Efter en længere proces blev Praksisplanen endelig godkendt i PPU (PraksisPlan-Udvalg). Der var stor interesse – og også bekymring hos blandt andet kommunerne – for de initiativer, der er beskrevet i Praksisplanen. Vi synes nu ikke, at det er så farlig læsning.

Udfordringen er nu, at Praksisplanen skal udmøntes til mere end blot gode intentioner.

I PPU har repræsentanter fra henholdsvis regionen, kommunerne og PLO-M udvalgt nogle fokusområder, hvor vi kunne tænke os at lave nye aftaler og forbedringer. Der har været nogle år, hvor man i PPU alene ville kigge på decentrale aftaler, hvor der ikke var vilje til at kigge på andre områder. Udfordringen er lige nu, at man er afventende over for indholdet af landsoverenskomsten (LOK17), da man ikke ønsker at lave aftaler på områder, der er indeholdt i LOK17. For at sikre fremdrift i udvalget har vi dog planer om at prøve at dagsordensætte nogle punkter blandt andet med omdrejningspunkt omkring de ældre, medicinområdet og lægedækning.

Og så venter vi jo alle også spændt på LOK17.

Randers-klyngeaftalen og plejehjemslæger

Der er også fuld fart fremad på ansættelse af læger som fasttilknyttede læger på plejecentre i Region Midtjylland. I skrivende stund er både Aarhus, Skanderborg og Silkeborg på vej til at være på plads, og andre kommuner følger efter. Processen med at få lavet kontrakter er gået godt i de forskellige KLU. Det er de samme ting, vi støder på, og vi har forsøgt at dele erfaringer og vejlede via vores Kommuneudvalg i PLO-Midt, som også har kigget kontrakter igennem.

I Randersklyngen (Randers, Favrskov, Syddjurs og Norddjurs Kommuner) er der lavet en aftale med kommunerne om honorering af op til tre telefonkonsultationer med et akutteam af sygeplejersker. Det er en fornuftig aftale, der også er blevet bemærket i andre sammenhænge. Vi kan kun opfordre de praktiserende læger lokalt til at bruge aftalen, Ydelsen hedder ”Særlig Kommunal Telefon Konsultation” (K-TK) og svarer til en konsultation (0101): http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=11503428.PDF

Psykiatrien

På grund af store vanskeligheder med rekruttering af læger og personale samt opretholdelse af gode uddannelses tilbud for yngre læger er Psykiatrisk Afdeling i Holstebro lukket ned. Sengene er fordelt til Viborg og Herning. Man har valgt at formulere det som en omorganisering af de psykiatriske behandlingstilbud i Midt-Vest, og vi håber, at det vil leve op til den beskrevne forbedring. Vi beder dog vores kolleger melde ind lokalt, hvis der er ændrede forhold, der berører almen praksis, eller opgaveflytninger.

Psykiatriplanen for Region Midtjylland 2017-2019 er i høring, og PLO-M har indgivet høringssvar: <http://www.rm.dk/sundhed/fremtidens-sundhedsvasen/psykiatriplan-2017>

Spirekassen

Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget har frem til 2018 afsat 500.000 kr. årligt i en Spirekasse-pulje, som almen praksis har mulighed for at søge. Idéen er at få udvikling ud og leve i praksis og få hjulpet små projekter i gang. Der blev i 2016 bevilget støtte til 15 spirekasseprojekter, og indtil videre har tre projekter fået støtte i år. Der kan maksimalt bevilges 50.000 kr. til et Spirekasse-projekt.

Fokus på kollegial støtte

PLO-M ønsker at have fokus på, “hvordan vi tager os af hinanden”. Vi er bevidste om, at nogen kan have behov for støtte, enten fra en kollega, en af de tillidsvalgte fra PLO-M eller fra det kollegiale netværk i Lægeforeningen. Vi må huske vore kolleger på, at der er hjælp at hente flere steder, og også at det er helt legalt at spørge en kollega: Hvordan går det egentlig?

Skriftlig beretning fra PLO-Nordjylland, ved formand Annemette Alstrup

Vi har efter valget til repræsentantskabet i december måned fortsat fem repræsentanter i Nordjylland, og med en stor grad af kontinuitet i vores repræsentation i de forskellige udvalg og arbejdsgrupper er vi godt i gang med det fagpolitiske arbejde. Vi er heldigvis også ved dette valg blevet beriget med dels nye, friske kræfter, dels erfarne kræfters genvalg i PLO-Nord, så det giver et godt udgangspunkt for de næste par års fagpolitiske arbejde.

Lægedækningsituationen

Vi er i skrivende stund 308 praktiserende læger. Reelt mangler vi ca. 60 læger, og når vi trods alt ingen lægeløse patienter har, skyldes det, at vi i gennemsnit har 1760 patienter pr. læge, og at ca. 47.000 patienter (8 pct. af den nordjyske befolkning pr. 1.4.2017) betjenes af udbudsklinikker og regionens midlertidigt drevne tilbud.

Indtil for nylig har det været skjult for resten af Danmark, at hele Nordjylland er lægedækningsstruet i primærsektoren, men med regionens oprettelse af et midlertidigt drevet lægetilbud i Aalborg centrum for pt. 7378 patienter og oprettelsen af endnu et lægetilbud i Nørresundby så kan ingen længere være i tvivl. Det kan ikke længere lade sig gøre at etablere lægedækning i form af PLO-praksis i landets fjerdestørste by, der ligesom landets øvrige større byer er i fortsat tilvækst!

Vi gør et ihærdigt arbejde for at undgå praksisdød rundt omkring i regionen. Regionen har heldigvis opprioriteret dette rekrutteringsarbejde, og der er nu et velfungerende samarbejde på sekretariatsplan. Det lykkes heldigvis flere steder at finde løsninger lige før praksislukning. Således er der fx for nylig fundet en løsning, så både Jerslev og Sindal (tre ydernumre i alt) overlever som PLO-praksis. Imidlertid er en lang proces med hensyn til Læsø endt med, at regionen har måttet etablere et midlertidigt regionalt drevet tilbud.

Foruden de to ovennævnte midlertidige regionale lægetilbud i Aalborg er der nu genetableret et regionalt drevet lægetilbud i Hjørring. Derudover har vi i skrivende stund udbudsklinikker i Hurup, Thisted, Frøstrup, Pandrup, Brovst, Drønninglund og Frederikshavn.

Efter gentagne anmodninger fra PLO-Nord har regionen endelig krævet, at udbudsklinikkerne deklarerer sig, som de er forpligtet til i deres kontrakt, ligesom det nu også håndhæves, at de ansatte læger er speciallæger i almen medicin. Det er et betydningsfuldt fremskridt.

Rekruttering

Jeg må desværre igen konstatere, at manglen på praktiserende læger i Nordjylland aldrig har været større, og med 30 pct. af lægerne over 60 år har vi brug for den nordjyske pionerånd til at finde løsninger dér, hvor det overhovedet er muligt.

Heldigvis ser det ud til, at tilgangen af nye speciallæger i almen medicin nu størrelsesmæssigt næsten modsvarer afgangen af gamle læger. Til sommer får vi 27 speciallæger i almen medicin og næste år tilsvarende. Jeg glæder mig over, at de stort set allesammen planlægger at etablere sig i vores lægepraksis rundt omkring i regionen.

Lægerne i Frederikshavn og Skagen har skabt ”Lægerne på Toppen”, hvor de i forening vil tilbyde en ”fase 4”-stilling med mulighed for ansættelse i flere praksis over en længere periode med henblik på praksismatch, aflastning af seniorlæger og generationsskifte. Et på alle måder attraktivt alternativ til ansættelse i udbudspraksis.

Imidlertid er det endnu ikke lykkedes at få regionen til at indse det samfundsøkonomisk hensigtsmæssige i at investere i PLO-sporet i stedet for udbudsporet eller regionalt drevne almen-medicinske ambulatorier på sygehusene. Dette på trods af, at de sidste rekrutteringstilskud i vores gamle §2 aftale med succes har faciliteret generationsskifte og flytning af to lægepraksis til sundhedshuset i Brønderslev.

Det er glædeligt, at i umiddelbar forlængelse af offentliggørelsen af rapporten fra Lægedækningsudvalget blev medicinstudiet på Aalborg Universitet tildelt 50 ekstra studiepladser, så vi til sommer kommer op på 150 studerende pr. årgang. Forhåbentlig kommer det om 10-15 år til at markere afslutningen på vores store lægemangel i Nordjylland.

Succesfulde KBU-ansættelser i almen praksis er det helt centrale element for vores fremtidige rekruttering til faget, og hvis, som nu, 80 pct. af KBU-forløb skal indeholde almen praksis, så forudser jeg kapacitetsproblemer i vores tutorpraksis selv med en halvårlig studiestart. På samme måde som vores tutorhonorering fandt en smidig løsning takket være et godt samarbejde med SUND (Sundhedsvidenskabeligt Fakultet), så forventer jeg, at vi rettidigt får løst denne udfordring.

Forhandlingssituationen

De langvarige forhandlinger med kommuner og region om decentralisering af honoreringsaftale vedrørende sygebesøg og samtaleterapi strandede i november måned. Tiden var alligevel ikke moden til at etablere en aftale om et tidssvarende honorar for sygebesøg, selv om det efter en ihærdig indsats lykkedes at nå til enighed om en definition på et ”komplekst sygebesøg anno 2017”.

Anderledes let er det gået med at få aftalen om plejehjemslæger på plads, således at de enkelte konsulentkontrakter i kommunerne udfærdiges efter samme skabelon. Implementeringen er i fuld gang rundt om i kommunerne, og stillingerne besættes.

Lægevagten

I efteråret lagde vi sammen med regionen en ambitiøs køreplan for forhandling af en ny vagtaftale med det mål, at den blev færdigforhandlet inden sommerferien

2017. De første forhandlingsmøder afdækkede stor modsætning mellem regionens og vores forventninger til indholdet i en ny vagtaftale.

Vi har et ønske om følgende:

- En gradvis centralisering af lægevagten omkring vores tre fælles akutmodtagelser i Aalborg, Hjørring og Thisted.
- Etablering af tidssvarende lokaler flere steder, specielt i Hjørring.
- Øget brug af hjælpepersonale med henblik på en optimering af lægekræfterne.
- Mindre vagthold om natten og bedre honorering af visse vagttyper.
- Afholdelse af visitationskurser i fast kadence.

Alene det forhold, at antallet af læger er reduceret med ca. 30 pct. i løbet af de sidste ti år, sammenholdt med, at vi i Region Nordjylland har den bedst bemandede lægevagt, udgør vægtige argumenter for at modernisere lægevagten radikalt – at samle og optimere kræfterne.

Regionen har imidlertid ingen ønsker om en ændring af serviceniveauet eller en centralisering omkring vores tre fælles akutmodtagelser. Økonomien skal samlet set være uændret. Lægevagten i Region Nordjylland er i forvejen forholdsmæssigt dyrere end både lægevagten i Midtjylland, i Syddanmark og på Sjælland.

På vores første møde i januar satte regionen, til vores store overraskelse, forhandlingerne på pause med begrundelse i de forestående OK17-forhandlinger og regionsrådsvalget i november måned, og man mente, at det må blive det nye regionsråd, som politisk skal tage stilling til det endelige forhandlingsudkast. Det kommer i praksis til at betyde, at en ny vagtaftale tidligst kan komme til at træde i kraft pr. 2019. Vores skuffelse er stor.

Vi er dog blevet enige med regionen om at bruge forhandlingspausen til at realisere flytningen af lægevagten i Thisted over i de lokaler på Thisted Sygehus, som allerede står klar til formålet. De alt for små pladsforhold for lægevagten i Hjørring vil der også søges en løsning på, men i Hjørrings fælles akutmodtagelse er der ikke plads! Etablering af visitationskurser har vi en forventning om at kunne nå i hus med i løbet af de kommende måneder.

Andelen af vagtaktive læger er meget høj i Nordjylland, og vi har ingen yderligere reservekapacitet at aktivere. Udbudsklinikkernes manglende bidrag til lægevagten sætter situationen yderligere på spidsen. De næste par år må Vagtudvalget og PLO-Nord ved hjælp af det muliges kunst organisere lægevagten, så dækningen af lægevagten bliver så optimal som muligt for patienterne og samtidig fagligt forsvarlig for lægerne og honoreringsmæssigt rimelig. Opretholdelse af status quo er ikke realistisk.

25/29

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

Skriftlig beretning fra PLO-Sjælland, ved formand Ulrik Hesislev

Mens vi venter på OK17, kommer man til at tænke på historien om Hansje Brinker. Han var den lille hollandske dreng, der opdagede et lille hul i et af de diger, han kom forbi. Han var en klog og en tapper dreng, og han satte sin lille finger i hullet, så diget ikke brast. Sådan sad han en hel nat, til nogen kom forbi næste dag, og hjælp blev tilkaldt. Derved reddede han Haarlem, som var den by, han var født i.

OK2014 og de decentrale aftaler

Som nævnt i forrige skriftlige beretning har de decentrale forhandlinger omkring samtaletterapi og sygebesøg krævet meget tid og mange kræfter i PLO-Sjælland. Vi nåede alene i 2016 at holde 14 (!) forhandlingsmøder. På trods af de mange møder og den gode stemning var det ikke muligt at nå et tilfredsstillende resultat. Ønskerne fra kommune og region var mange, desværre var midlerne ikke legio.

Kommuner og region var interesserede i at fortsætte forhandlingerne – men for PLO-Sjælland var det ikke meningsfyldt at fortsætte forhandlingerne sideløbende med de centrale OK17-forhandlinger. Efter vores vurdering var rammerne for de decentrale forhandlinger sat forkert. Vi fandt det også vigtigt at række stafetten tilbage til de centrale parter, så der kan opnås de nødvendige løsninger. Desværre en løsning, som de syge ældre og svage patienter på akutpladserne må vente på, mens de stadig ligger, hvor de gør, med en lægelig discountdækning til egen læge via telefon eller e-konsultation.

Plejhjemslægen

”En bøjlet 5-øre giver ikke en stor pose til bland-selv-sundhedsydelser i almenpraksis-butikken”.

Den centrale aftale af 26. maj 2016 er i vores region endnu ikke blevet implementeret. Endnu et bevis på, at de nødvendige tilpasninger af sundhedsvæsenet foregår med sneglefart og stort ressourceforbrug, når man ikke laver en færdig central aftale, men i stedet insisterer på en proces med først en central rammeaftale, som siden skal regionaliseres og slutteligt aftales til rette på kommunalt niveau - før den kommer patienterne til gode.

Den centrale ramme for tre år giver mulighed for, at Christiansborg kan udtrykke handlekraft på tv – at vi reelt snakker om økonomi i omegnen af 1,5 lægetime per plejhjem pr. måned er en anden sag.

PLO-Sjælland synes ikke, det er den rigtig løsning til det, som er det reelle problem, nemlig den utilstrækkelige lægedækning for de svage patienter på akutpladserne.

Lægedækning

Med fare for gentagelse af sidste beretning så forsætter udviklingen i vores region, hvilket vil sige, at antallet af praktiserende læger i Region Sjælland fortsat falder, og antallet af udbudsklinikker vokser eksponentielt. I 2015 var der fire kapaciteter, der blev dækket af udbudsklinikker, i 2016 var der ni, og allerede primo 2017 er tallet nået til 11 kapaciteter.

Samtidig er listen lang over PLO'ere der har meldt ophør i år, så regionen forbereder allerede de næste udbud. Eneste spørgsmål er, om det bliver +5, +10 eller +15 i næste omgang.

Lægevagt

PLO-Sjælland har som i flere andre regioner haft faldende tilslutning til lægevagten gennem de seneste år. Vagtplanen for første halvår 2017 gik kun op ved, at alle læger <63 år blev pålagt at køre vagter. Reelt betød det i denne omgang, at tidligere vagtfri kolleger blev pålagt 3-4 kørevagter i perioden, og at alle vaktaktive PLO'ere blev pålagt op til én nattevagt (kørevagt). Aktuelt afventes med spænding resultatet af de afgivne vagtønsker for 2. halvår 2017 – og eventuelle konsekvenser heraf.

Sideløbende hermed forsøger vi fortsat at overbevise regionen om behovet for en ændring af vagtaftalen. Vi har tidligere lagt op til en bred ændring af aftalen – desværre uden held. Vi er derfor aktuelt i dialog om de nødvendige ændringer. Det har desværre taget alt for lang tid – og intet er sket. Den overraskende manglende handlelyst hos regionen står i kontrast til vores tiltagende behov for handling.

OK17

Det kan udtrykkes kort: PLO-Sjælland håber, at vores forhandlingsudvalg lykkes med at lave en Hansje Brinker!

Skriftlig beretning fra PLO-Færøerne, ved formand Marjus Dam

Kommunelægeordningen på Færøerne er i dyb krise på grund af lægemangel. Af 33 normerede stillinger var der den 20. marts 13 fastansatte heltidsstillinger til ca. 50.000 mennesker eller ca. 3846 beboere pr. fastansat læge. Der er vikarer, der arbejder kortere eller længere tid. Nogle alment praktiserende læger har på grund af stort arbejdspress og andre forhold sagt deres stilling op eller er på orlov.

På Suderø, med en befolkning på 4500 mennesker og normering til fire læger, er der nu blot én fastansat læge, som lige er fyldt 80 år. Hatten af for ham. I vores næststørste by Klaksvig og bygderne deromkring er der ca. 5-6000 beboere, der betjenes af 0,5 fastansat læge. På Østerø er der to fastansatte læger, hvor der burde være otte. I Thorshavn er der ca. ti læger, men arbejdsbyrden er så stor, at disse skal betjene ca. 20.000 mennesker. Der, hvor jeg er læge, er jeg eneste fastansatte læge. Til ca. 3150 beboere. Dog har jeg haft samme vikar i ca. 1,5 år samt en uddannelseslæge. Så jeg skal ikke klage.

Forholdene i almen praksis er sådan, at hvis arbejdsmiljøloven blev håndhævet hos os, som andre steder i samfundet, så var der på Færøerne 1,5 fastansat læge på arbejde i dagtid til 50.000 beboere.

Som det ses, så har vi et kæmpe problem, som vi vurderer sagtens kan afhjælpes, da der på sidelinjen sidder 6-8 uddannede speciallæger i almen medicin. Nogle af disse ønsker for tiden kun at arbejde i korte vikariater i almen praksis eller arbejder på sygehusene. De ønsker ikke at blive ansatte i en kæmpepraksis med flere tusinde patienter. Så er det bedre med et kort vikariat, hvor man siger stop, når man har arbejdet nok.

PLO-Færøerne må konstatere, at vi for tiden ikke kan klare os uden vikarer. Vi har også god hjælp af yngre læger, særlig i vagttiden. Vi ønsker så gode forhold for fastansatte alment praktiserende læger, at det er mere attraktivt at være fastansat end vikar. Vi vurderer, at det på sigt er bedst både for patienter og samfund. Vi har flere gange sagt til vores sundhedsmyndigheder, at overenskomstforholdene må forbedres markant.

Akutmøde med sundhedsministeren

Vi bad derfor om et akutmøde med sundhedsministeren den 20.marts. Vi ønskede, at sygesikringen samt nye speciallæger i almen medicin også var til stede på mødet.

Vi gjorde meget klart for ministeren, at situationen i almen praksis på Færøerne nu er så kritisk, at der er fare for, at ”skibet synker”, hvis man ikke gør noget her og nu. Vi, som er fastansatte, kan ikke længere godtage, at intet bliver gjort, så flere fastansatte læger kommer i arbejde. Der er skrevet betænkninger, der har belyst problematikken og så videre, men flere læger er ikke blevet ansat.

29/29

Nu må visioner og intentioner, der ikke koster noget, vige for realiteterne samt praktiske løsninger, der gør, at læger kommer i arbejde. Vi gjorde klart, at overenskomstforholdene for fastansatte alment praktiserende læger måtte få et kraftigt løft den rigtige vej, samt at der var nødvendigt, at overenskomstforholdene fremover er helt ajour. Vi ønskede derfor:

- At kommunelægelønnen, der for tiden er på ca. 19.000 kroner /mdr. til fastansatte læger, bliver forhøjet, så de faste stillinger bliver bemandet.
- At landsoverenskomsten, der efter planen træder i kraft i Danmark 1. september 2017, også træder i kraft på Færøerne samme dato, dog tillempet færøske forhold. Samt at landsoverenskomsten tillempet færøske forhold fremover bliver implementeret samme dato som i Danmark. Desuden at enkelte honorarer, der ikke gælder på Færøerne, bliver sat i kraft, så vi får løn for det arbejde, vi gør.
- De yngre læger ønskede, at normeringen af alment praktiserende læger blev øget, så der blev færre patienter pr. læge, samt at der var mulighed for mere fleksible ansættelsesforhold.

Hvis forholdene ikke meget hurtigt bliver forbedret, så ser vi os nødsaget til at aktionere.

Som det fremgår, var vores budskab på mødet klart. Vi synes, at alvoren er indlysende. Der skal og må handles nu. Vi kan ikke godtage andet.

Vi ønsker ikke at aktionere, men hvis der ikke sker noget nu, så er det vores eneste mulighed. Vi kan ikke kun se på, at alt går ned, mens vores sundhedsmyndigheder ikke gør det, de skal.

Vi vurderer, at vi har været konstruktive. Vi ønsker støtte fra PLO i forhandlinger med de offentlige færøske myndigheder.

Hvis det bliver strejke på Færøerne, så ønsker vi klart hjælp fra Lægeforeningen samt de nordiske lægeforeninger i at blokere ansættelse af læger udefra.

Vi er meget opsatte på, at forholdene skal på plads – nu.
