



## Høringsvar fra Praktiserende Lægers Organisation i Region Midtjylland vedrørende spareplan 2015-2019 for Sundhedsområdet

Overordnet set anerkender vi Region Midtjyllands behov for budgettilpasning, idet det dog kan undre, at hovedårsagen til besparelserne, nemlig stigende medicinudgifter, ikke er taget til politisk diskussion. Er det en korrekt prioritering af midlerne i vores sundhedsvæsen, at stigende medicinudgifter skal medføre store og gennemgribende besparelse på mange områder med deraf følgende service- og kvalitetsforringelser i stedet for en prioritering af forbruget af medicin?

Det er problematisk igen at ville gennemføre store strukturelle ændringer, da det herved bliver vanskeligt at etablere og konsolidere de nødvendige strukturer i sundhedsvæsenet, samtidig med at det er svært at fastholde det helt nødvendige engagement fra personalet på regionens arbejdspladser og hos samarbejdspartnerne. Vi vil således opfordre til en mere langsigtet strategi.

Vi er bekendt med Danske Regioners projekt "Borgernes sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen", hvor man arbejder med at sikre gode patientoplevelser og sammenhængende patientforløb, et sundhedsvæsen der i endnu højere grad har mennesket i centrum. Med de planlagte forringelser på akutområdet, vedr. blodprøvetagning, flytning af behandlinger og af patienter er det svært af få øje på det borgerrettede perspektiv.

Det kan undre at man trods de store besparelser ikke på noget tidspunkt giver udtryk for en bekymring over for kvaliteten i det regionale sundhedsvæsen.

Det er nævnt i sparekataloget og det lyder samstemmende fra regering, Sundhedsministeriet, Folketinget, Danske Regioner samt regionsrådsformand Bent Hansen, at der er behov for en god og styrket almen praksis, behov for at patienterne kan blive behandlet tæt på, hvor de bor. Både i Sundhedsaftalen og i arbejdet i Praksisplanudvalget er der mange ønsker til, at almen praksis skal varetage yderligere opgaver. Muligheden for at opfylde disse ønsker forringes af sparekataloget, og det er særdeles vanskeligt at læse forslaget som forsøg på styrkelse af primærsektoren. Tværtimod. Hvis forslagene i sparekataloget gennemføres, vil det samlet set pålægge almen praksis øget arbejdsbyrde indenfor en nul økonomisk ramme. Herudover vil en del af forslagene øge presset på almen praksis særligt i områder med langt til et akutsygehus. Det er samtidig områder med rekrutteringsproblemer, hvilket vil øge rekrutteringsvanskelighederne samt øge sandsynligheden for, at ældre kollegaer ophører tidligere i almen praksis.

Det er PLOM's klare opfattelse, at den foreslåede lukning af akutklinikkerne er en så grundlæggende ændring i forudsætningerne for akutaftalen, at denne ikke kan videreføres.

Det er uambitiøst på akutområdet igen at gå frem efter "grønthøstermetoden". I stedet bør akutaftalen opretholdes for derved at sørge for et minimum af lighed i behandlingstilbuddet på det akutte område. Der skal arbejdes på en konsolidering og udvikling af aftalen og i stedet forsøges at gå efter færre kontakter til lægevagten ved kampagner, udbygning af hjemmesider, telemedicin ved opringning til lægevagten etc.

Når aftaler af denne store og gennemgribende karakter som akutaftalen, så kort efter implementeringen og på trods af den flotte evaluering, nu står til at skulle ophøre, vil denne samarbejdsform naturligvis vække til eftertanke i PLOM og give forbehold i forhold til eventuelle fremtidige aftaler og vanskeliggøre samarbejdet fremover.

Der forslås en genforhandling af Lægevagtsaftalen, men det ses, at hovedbegrundelserne ikke er sparhensyn, men er mange andre ønsker, hvorfor det undre PLOM, at det er medtaget i et sparekatalog.

Der er nævnt servicemål, tilsynsforpligtigelse og krav om lægernes uddannelse, alt sammen noget der intet har med besparelser at gøre.

En del af besparelserne kommer fra sengelukning og omlægning fra stationær behandling til ambulante behandling. Vi kan kun opfordre til, at man ikke bevæger sig længere af den vej før det primære sundhedsvæsen er styrket og udbygget, så det kan understøtte omlægningen.

At skære på forskning og udvikling er en kortsigtet tankegang, der får konsekvenser for forskning, udvikling og rekrutteringstiltag. At kalkulere med et fremtidigt niveau for ubrugte midler i Kvalitets- og efteruddannelse midlerne svarer til en bevidst nedprioritering af dette område. Herudover er der ikke overenskomstmæssig hjemmel til, at regionen kan inddrage disse midler til brug for andre området. PLOM konstaterer med underen forslaget om ophør med afregning af ydelse 2133. Ydelsen er en del af den samlede Landsoverenskomst og kan som sådan ikke delopsiges, uden en opsigelse af hele overenskomsten.

Ovenfor er anført nogle hovedbudskaber. Herudover henvises til de følgende sider med uddybende kommentarer til de forslag, der har indflydelse på almen praksis.

## **Kommentarer til de enkelte forslag**

### **Tema 1. Akutområdet**

#### **Forslag 1: Omlægning til subakutte tider og udvikling af tværsektorielle indsatser**

Overordnet set er forslaget om subakutte tider en god idé, som vi fra PLOM tidligere selv har efterspurgt. Bedre adgang til subakutte tider, diagnostiske undersøgelser samt konferering med speciallæger vil styrke kvaliteten i almen praksis. Helt afgørende er det dog, at subakutte tider kun skal finde anvendelse, hvis henvisende læge finder det relevant og tilstrækkeligt, samt at ansvarsfordelingen i forhold til det opfølgende arbejde er afklaret.

I forhold til omlægning fra stationær behandling til ambulante behandling og yderligere sengelukninger, er det vores opfattelse, at man bør evaluere effekten af de strukturforandringer, der allerede er foretaget og ikke går videre før det primære sundhedsvæsen er styrket og udbygget, så det kan understøtte omlægningen.

Om forebyggelse af akutte indlæggelser står der, at der er en overordnet aftale mellem region, kommuner og almen praksis. Vi skal understrege at almen praksis ikke er aftalepart i forhold til sundhedsaftalen.

#### **Forslag 2: Omlægning af akutklinikker til enheder, der varetager diagnostiske ydelser**

I forbindelse med Akutplanen med centraliseringen i sygehusstrukturen indgik regionen en dialog med PLOM om en fortsat akutdækning af de områder i regionen, hvor den nye sygehusstruktur betød mangler i det akutte beredskab.

Der var interesse for at få et ensrettet tilbud til borgerne, en samlet plan for hvordan almen praksis kunne tage over i akutbehandlingen og visitationen. Selve ideen og baggrunden var at skabe et permanent akut tilbud til patienterne, uanset hvor de bor i regionen. En lukning af akutklinikkerne vil yderligere skævvride mulighederne for ensartet behandling i regionen, hvor de tyndtbefolkede områder igen står til at miste sundhedsydelser, og endnu engang vil opleve en kraftig forringelse af servicen.

Almen praksis tager sig af alle akutte henvendelser i alle områder af regionen, også områder der tidligere var dækket af sygehusenes skadestuer. For at kunne magte denne opgave og med et ønske om at udnytte kernekompetencerne bedst muligt blev aftalen, at der i vagttiden er sygeplejersker til hjælp i lægevagten.

Nu foreslås det, at sygeplejerskerne trækkes ud af akutklinikkerne. Det er en klar serviceforringelse for patienterne i både dagtid og vagttid. I vagttid vil almen praksis ikke kunne håndtere den øgede

arbejdsbelastning på akutklinikkerne, og det vil med de nuværende forhold ikke være muligt at øge antal læger på vagter. Nogle af kontakterne ville kunne henvises til akutafdelingernes lægevagtskonsultation, men da disse i forvejen er på grænsen af kapaciteten, ville det kræve ekstra bemanning, hvilket ikke er muligt.

Det er således PLOM's klare opfattelse, at akutklinikkerne med sygeplejerskebemanning er en grundforudsætning i hele akutaftalen.

#### **Forslag 8: Ambulancetjenestens indsats vedr. patienter i eget hjem**

Forslaget er svært at gennemskue, hvad er det for 5000 timer der tales om? Er det timer, hvor beredskabet skal være til rådighed, men der ikke er akutte opgaver? I forhold til de nævnte eksempler på opgaver og fokus på medicinske- og geriatriske patienter for at udgå indlæggelse må vi stille spørgsmål til kvaliteten i dette forslag. Er det en faglig forsvarlig ordning, og hvem har det lægefaglige ansvar? Hvad er forudsætningerne for den økonomiske vurdering af sparerpotentialet? Hvilke konkrete udregninger ligger bag ved?

Forslaget vil potentielt medføre flere henvendelser til almen praksis om lægefaglige spørgsmål, man må forudse et logistisk problem med at koordinere indsatsen fra de forskellige aktører på område, og man kan frygte for patientsikkerheden.

Erfaringer fra Region Nord viser, at kvaliteten i en sådan blodprøveordning er for dårlig og for dyr.

#### **Forslag 10: Ændring af struktur for akutlægebiler og akutbiler**

Den reducerede præhospitale indsats i yderområderne vil have direkte konsekvenser for responstiden til alvorlig syge patienter. "Derimod vil 3-4 % af patienter med livstruende symptomer opleve at skulle vente længere på hjælp fra akutlægebil, sammenlignet med den nuværende ordning med 9 akutlægebiler". Ud over den klare forringelse det vil værre for patienterne, vil det også forringe den præhospitale opbakning til de praktiserende læger, som i højere grad vil komme til at stå alene med patienter med livstruende sygdomme.

Det vil have en negativ virkning på rekrutteringen til almen praksis i de i forvejen rekrutteringstruede områder, når der ikke kan leveres samme faglige kvalitet som i resten af regionen.

#### **Forslag 12: Afslutning af flere patienter med hastegrad B**

Hvilke patienter er det man tænker på her? Hvordan har man konkret tænkt sig, at man vil afslutte flere patienter i præhospitals regi? Hvad er kriterierne for afslutning, og hvad er forskellen på de kriterier man bruger i dag? Kørsel B rekvireres til patienter med alvorlig sygdom eller med mistanke om sådant. Selv om det ved præhospitalets vurdering ikke er tale om et sygdomstilfælde, der kræver en kørsel B, udelukker det ikke at patienten skal indlægges til yderligere udredning.

### **Tema 2: Planlagte patientforløb**

#### **Forslag 7: Neurorehabilitering – højtspecialiseret niveau**

Forslaget vil medføre tidligere udskrivelser og flere opgaver til kommuner og almen praksis.

#### **Forslag 8: Ortopædkirurgi – reducere variationen i liggetid**

Forslaget vil klart medføre tidligere udskrivelser og flere opgaver til kommuner og almen praksis. Herudover en lille undren: hvordan vides det, at den korteste liggetid er "best practice"?

#### **Forslag 16: Gråzoneaktivitet**

Forslaget indebære flere ambulante forløb og vil give flere opfølgingsopgaver for almen praksis.

## Tema 3: Praksisområdet

### Introduktion

Der indledes med: "Det er en afgørende opgave at udvikle og udbygge det nære sundhedsvæsen". Det er jo flotte ord, men det er yderst vanskeligt at se denne intention i resten af Tema 3.

Dette endda i en tid, hvor der er mange ønsker til almen praksis, og der samtidig er mangel på læger i almen praksis.

Der er en stor diskrepans imellem det overordnede ønske om at udvikle og udbygge det nære sundhedsvæsen og samtidig forslagene til effektiviseringer med varige besparelser som mål. Det kan kun opfattes som en klar nedprioritering af primærsektoren og ikke den styrkelse, som alle ellers står i kø for at italesætte.

Hvad menes med sætningen øverst side 3: "Det drejer sig især om indsatser i primærsektoren, der kan dæmpe aktivitetsvæksten på hospitalerne"?

### Forslag 1: Indsatser i forbindelse med ordination af ernæringspræparater

PLOM vil gerne støtte brugen af tilskud til ernæringspræparater efter de foreliggende regler og hilser en kampagne med information til såvel læger, apotekspersonale samt sundhedspersoner i kommuner velkommen.

Vedrørende kopi af patientordination medsendes hver faktura i indsats B, opfatter PLOM det som, at det er leverandøren, der har ansvaret for denne kopiering, således at der forsat kun foreligger én recept fra almen praksis pr. ordination gældende de normale 6 måneder.

### Forslag 4: Akutaftalen

Generelt: Akut aftalen og lægevagten er som udgangspunkt rigtig velfungerende, og et forbillede for de andre regioner. Det fremgår af evalueringen af akutaftalen at den lever op til intentionen.

Årsagen til at de økonomiske forudsætninger for akutaftalen ikke holder er ikke uforudsete udgifter i primærsektoren, men skyldes at den markante aktivitets nedgang på skadestuerne ikke er udmøntet i besparelser i akutafdelingerne. Det kan derfor undre at man vil realisere en besparelse ved at lukke akutklinikkerne.

Akutaftalen trådte i kraft i to tempi. D. 10. april 2012 implementeredes aftalen vedrørende samarbejde på akutklinikkerne. Akutklinikkerne er etableret i Ringkøbing, Skive, Grenaa, Silkeborg og Holstebro, hvor sygehusenes akutfunktion er nedlagt. Formålet med akutklinikkerne er at sikre et lokalt forankret sundhedstilbud til patienter med mindre skader. Overfor borgerne en service både i forbindelse med behov for diagnosticering og behandling af mindre akutte skader i dag- og vagttid og ved akutte medicinske tilstande, som kan behandles af vagtlægen. D. 4. september 2012 implementeredes trin to med enstrengt visitation og samarbejde på akutafdelingerne. En lukning af akutklinikkerne vil medføre en kraftig serviceforringelse for borgerne i de ramte områder af regionen.

I sparekataloget leder man med lys og lygte efter negative elementer som argument for besparelse.

Elementerne i spareplanen:

Telefonvisitation:

Hvis lægevagten pr telefon skal visitere direkte til røntgen, risikere man en langt større andel af røntgenundersøgelser, da man umuligt pr. telefon kan vurdere en skade. At 72% færdigbehandles af konsultationsvagten, må siges at være effektivt. I forvejen er en del frasorteret via telefonvisitationen, så der er kun tale om de skader, hvor der måske kan være brud.

Der står i 13.b: "...at almen praksis tager ansvar for at sikre, at skader der skal tilses af skadestuen, visiteres korrekt i telefonen." Vi kan ikke godtage, at man i spareplanen på denne måde beklikker vores faglighed.

Det er udtryk for manglende forståelse for arbejdet og vurderet ud fra bagklogskab, når patienten er tilset, og der dermed er bedre overblik over skadens omfang.

Det er i denne forbindelse udtryk for kassetænkning, når man finder det vigtigt, hvilken læge der tilser patienten og henviser til røntgen. Strukturen i akutaftalen er lavet for at sikre samarbejde og patientflow. Herudover oplever vi problemer med registreringen, idet patienter henvist fra lægevagten eller egen læge til røntgen også uden den henvisende læges ønske overføres til behandling i akutafdelingen efter røntgen. Endelig er der, trods intentionen ved forhandlingen af akutaftalen, ikke fundet en løsning på problemstillingen om central røntgenbeskriverfunktion, således lægevagtens patienter kunne henvises

direkte til røntgen med svar til vagtlæge, og kun relevante patienter blev viderehenvist til skadestuen. Det fremgår af Tema 5, forslag 14 at denne funktion nu forslås etableret, hvilket PLOM hilser velkommen.

Sygeplejerske assistance i lægevagten:

Vi vil gerne være med til at se på den mest effektive udnyttelse af sygeplejersken, kurser, oplæring, fokus på samarbejde og hensigtsmæssigt flow etc. Det er dog nødvendigt at gøre opmærksom på, at lægevagten ofte oplever det problem, at der ikke er en sygeplejerske til rådighed i lægevagten, sådan som forudsat i akutaftalen. Hvis behandlersygeplejersken skal foretage flere selvstændige opgaver, vil det kræve flere lokaler i lægevagten.

Vi kan ikke se akutaftalen fortsætte, hvis sygeplejerskebemandingen reduceres.

Meraktivitet i almen praksis:

Man må forvente, at nye opgaver (jævnfør akutaftalen) kan medføre meraktivitet. En nedlæggelse af akutklinikkerne vil give øget aktivitet i almen praksis inkl. lægevagten. En direkte konsekvens vil blive, at andelen af sygebesøg vil stige igen. Det vil påvirke såvel økonomien som servicemålene i lægevagten. PLOM støtter en oplysningskampagne om korrekt brug af lægevagten, sådan som det har været diskuteret i forhandlingerne om akutaftalen og som vi har anmodet om siden januar 2013.

En sådan kampagne vil kræve enighed mellem regionen og PLOM vedr. serviceniveau i lægevagten.

Tilgængelighed i dagtid:

Man lægger en påstand om dårlig tilgængelighed i dagtid til grund for et spareforslag om at kanalisere vagtarbejde til dagtid.

Der foretages en telefontilgængelighedsundersøgelse én gang årligt og det skal bemærkes, at de hidtidige undersøgelser af telefontilgængeligheden viser, at der er god tilgængelighed.

#### **Forslag 5: Genforhandling af lægevagtsaftalen**

Som nævnt i indledningen hører oplægget til en genforhandling af lægevagtsaftalen ikke hjemme i et sparekatalog.

Servicemålene er tilfældige valgt størrelse for et serviceniveau og afspejler ikke kvaliteten i ydelsen, eller hvad der er lægefagligt korrekt.

Vi har været udfordret på to områder. Det ene er stigende aktivitet både i henvendelser til lægevagten og i konsultationen, og det andet er problemer med fuld assistance fra sygeplejersker i lægevagten's åbningstid. Lægevagten har løbende forsøgt at tilpasse sig dette, dog stadig med den forventning af regionen overholder deres del mht. sygeplejebemandingen.

At akutaftalen er en succes, har betydet stort pres på servicemålene.

PLOM vil fortsat gerne medvirke til, at servicemålene opfyldes. PLOM er med på at genforhandle servicemål, men finder ikke det skal være pr time/vagt. Det vil kræve et uforholdsmæssigt stort beredskab, som vil betyde flere læger i vagt, hvilket pga. rekrutteringssituationen til almen praksis ikke er muligt.

At trække tilsynsforpligtelsen ind som et argument i et spare katalog, er at blande tingene sammen – det er en diskussion for sig. Vi vil gøre opmærksom på, at Lægevagten leverer oplysninger efter begrundet ønske - ikke pr automatik og ikke på individniveau. Vi er forundrede over, at man er usikker på lægevagten's datasikkerhed og forstår slet ikke at det bringes ind i et sparekatalog.

”Kvalitet – Der stilles i aftalen alene krav om, at man er speciallæge i almen medicin eller er uddannelseslæge under uddannelse til almen praksis læge. Der stilles ikke andre uddannelsesmæssige krav.”

Vi vil gøre opmærksom på, at speciallæger i almen medicin som de eneste er uddannet til lægevagtsarbejde. Det er en del af vores arbejde og en del af specialeuddannelsen, der er en 6 årig uddannelse. Heri indgår deltagelse i vagt under supervision samt et specialespecifikt kursus, hvor der er et tema om vagtarbejde. Endelige deltager vagtlæger i Region Midt i vagtvisitationskursus og i akutkursus.

Bloktilskuddet til finansiering af vagnens drift er fastsat i lægevagtsaftalen. Efter indgåelse af akutaftalen har der været en øgning i antallet af vagter og vagnaktive læger, hvilket øger de administrative

omkostninger ved driften af vagten. PLOM ser således ikke positivt på ønsket om en nedsættelse af bloktilskuddet.

#### **Forslag 6: Omlæg. praksisområdets Projekt- og Udviklingspulje/bevillig Praksisforskningsfonden**

At skære på forskning og udvikling er kortsigtet. Det får konsekvenser for forskning, udvikling og rekrutteringstiltag. Hvis man ønsker at udvikle primærsektoren og det tværsektorielle samarbejde, kræver det nytænkning. Det kræver, at man investerer i forskning i fremtidens sundhedsvæsen, ikke mindst i primærsektoren, hvis man ønsker, at den skal spille en større rolle. En lukning af Projekt- og Udviklingspuljen vil samtidig skabe en usikkerhed i forhold til bevillinger vedr. rekrutteringstiltag i en tid med stigende lægedækningsproblemer.

#### **Forslag 7: Inddragelse af uforbrugte midler i de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg**

Regionen er som en del af Landsoverenskomsten forpligtet til, at eventuelle uforbrugte midler til kvalitetsudvikling og efteruddannelse, overføres til efterfølgende regnskabsår, hvorfor vi finder forslaget overenskomststridigt.

Herudover vil vi gerne gøre opmærksom på, at ved at kalkulere med fremtidigt niveau af uforbrugte midler, svarer det til en bevidst nedprioritering af kvalitets- og efteruddannelsesområdet.

#### **Forslag 8: Omlægning fra fremmødetolkning til teletolkning**

PLOM hilser forslaget velkommen, og ser det som en tiltrængt forbedring af mulighederne for tolkning. Vi deltager meget gerne i processen ift. udstyr, hvor mange pr. klinik etc., så investeringen er operationel for brugeren.

Det bør, af hensyn til patienten og bagvedliggende problematik, være valgfrit for denne og lægen at benytte tele- eller fremmødetolkning.

Bemærkningen: "Man må dog formode, at patienter, som henvender sig i almen praksis med akutte tilstande ofte henvises til skadestue." undre vi os over og kan ikke nikke genkendende til.

#### **Forslag 9: Tillægsydelse 2133 "Forsendelse af biologisk materiale ekskl. Blodprøver" honoreres ikke**

Ydelsen 2133 er en del af Landsoverenskomsten, hvorfor det vil være overenskomststridigt ikke at afregne ydelsen.

Tillæggydelsen 2133 er en ydelse for arbejdet med prøvetagning, vejledning af patienterne i denne anledning, pakning og forsendelse. Der er således ikke tale om en portoydelse, hvorfor argumentet med afhentningsordningen ikke er relevant. I øvrigt betaler hver praktiserende læge et månedligt beløb for at deltage i laboratorieordningen inklusiv afhentning. Der er ingen ekstra udgifter for regionen forbundet med ordningen, hvor prøvemateriale sendes med via afhentningsordningen.

#### **Forslag 10: Fjernelse af unødige analyser og dobbeltanalyser**

PLOM kan fuldt ud støtte et arbejde med at øge tilgængeligheden til analyseresultater i både almen praksis og i sekundærsektoren for at undgå dobbeltanalyser. For almen praksis vil det kræve, at laboratorieportalen fungerer hurtigt, effektivt og sikkert.

Vi kan oplyse, at det først er det sidste ½-1 år, at laboratorieportalen har virket tilfredsstillende uden ventetider, hvilket har forbedret muligheden for i almen praksis at tilgå resultater af visse prøver taget andre steder. Det er vigtigt, at der ikke fremover kommer krav om, at laboratorieportalen altid skal undersøges forud for blodprøvetagning i almen praksis eller at der findes løsninger, hvor alle blodprøvesvar uanset rekvirent tilsendes egen læge. Det vil være særdeles tidskrævende og gøre ansvarsfordelingen for prøveresultaterne uklare.

Der nævnes i forslaget, at sætte fokus på, om der kan rykkes på intervaller for kontroller i almen praksis og på sygehusene. Til det skal bemærkes, at det er vigtigt at se på området ud fra en patientsikkerheds- og kvalitetsmæssig dagsorden, hvorfor der skal spørges til, hvordan man er kommet frem til måltal på hhv. 10 % og 5 % reduktion i blodprøvetagning på hospitaler og i praksis.

Der er i forslaget nævnt, at man ønsker økonomiprotokollatet for almen praksis nedskrives som en konsekvens af forslaget. Da det er et meget ukonkret forslag, finder PLOM det ikke muligt at omregne forslaget, så det vil kunne udmønte sig i en reduktion i økonomiprotokollatet.

Under punkt E er nævnt: "iværksættes efteruddannelsesaktiviteter i almen praksis...med fokus på korrekt brug af analyser og analyseresultater". Og videre: "Der bør ske en faglig opdatering af bl.a. almen praksis

med henblik på, hvornår der tages prøver og tolkning af resultater i forhold til videre behandling.” Hvad menes med det? Sætter administrationen spørgsmål ved vores faglighed og på hvilket grundlag?  
”Det skal undersøges hvorvidt almen praksis kan kompenseres ved tilførsel af anden faglig relevant hospitalsaktivitet”. Hvad menes der med denne passus?

### **Forslag 11: Ambulatoriers rekvisition af blodprøver i almen praksis**

Fra patientperspektiv er forslaget en væsentlig serviceforringelse, da det bryder med nærhedsprincippet. En del blodprøver er der ikke svar på samme dag, hvorfor den enkelte patient må tage turen to gange til hospitaler, først for blodprøver, siden for det egentlige besøg. For patienter, der bor langt fra hospitalet, vil det være forbundet med en del besvær og et ikke uvæsentligt tidsforbrug samt kørselsudgift set i forhold til at få prøven taget hos egen læge. Ideen med at prøven tages samme dag forud for det egentlige ambulante besøg, er for patienten et tidskrævende forslag, idet der oftest er flere timers ventetid på et prøvesvar. Tid hvor patienten må vente i ambulatoriets venteværelse. Det kan derfor undre, at man vurderer, at det ikke ændre væsentlig på patientservicen. Hvordan hænger det sammen med styrkelsen af det næresundhedsvæsen og intentionen om et sundhedsvæsen på borgernes præmisser?

Det er ikke muligt at se, om forslaget tager højde for, den evt. øgede udgift til kørsel til sygehus, som også kan tilfalde regionen, når patienten skal transporteres til ambulatoriet udelukkende for blodprøver, de steder, hvor patienterne har stor afstand.

Den reelle besparelse i forslaget vil være væsentligt mindre, idet en del af disse patienter uanset vil have kontakt med almen praksis i forbindelse med opfølgning før eller efter et ambulatorie besøg. Blodprøverne forud for et ambulatoriebesøg bliver ofte taget i forbindelse med, at patienten har andet ærinde/årsag til at komme i praksis, og blodprøvetagning for et ambulatorie ofte slås sammen med blodprøver, som tages til anden behandling af samme patient, som foregår i almen praksis. Det ville kvalificere forslaget, hvis man lagde de økonomiske forudsætninger for besparelsen frem.

Forslaget rummer problemer for almen praksis, idet der fjernes en del af arbejdsgrundlaget for vores personale. Det giver behov for færre sygeplejersketimer og dette vil medføre mindre fleksibilitet i vores organisation i forhold til løsning af vores andre opgaver.

Der er i forslaget nævnt, at man ønsker økonomiprotokollatet for almen praksis nedskrives som en konsekvens af forslaget. Som det fremgår af ovenstående argumentation, vil disse patienter blive set i almen praksis uanset blodprøver, hvorfor PLOM finder det ikke at omregne konsekvenserne af forslaget, så det vil kunne udmønte sig i en reduktion i økonomiprotokollatet.

”Det skal undersøges hvorvidt almen praksis kan kompenseres ved tilførsel af anden faglig relevant hospitalsaktivitet”. Hvad menes der med denne passus?

### **Forslag 12: Opkøb af speciallægepraksis**

At se nedlæggelse af speciallægepraksis som en besparelse virker overraskende, da netop speciallægepraksis er kendt for stor effektivitet og en væsentligt lavere udgift pr. ydelse sammenlignet med samme ydelser i hospitalssektoren.

Herudover bryder forslaget med ideen om det nære sundhedsvæsen, hvis en stigende del af speciallægevurderingen af patienterne skal foregå på hospitalerne, hvortil det bliver stigende afstande pga. lukninger og sammenlægning af specialer.

Hvis regionen reelt ønsker at styrke det nære sundhedsvæsen, ville det være at overveje at skabe bedre speciallægedækning i de dele af regionen, hvor denne dækning i øjeblikket er lavest.

## **Tema 4: Psykiatrien**

I betragtning af, at den politiske fokus der har været på det psykiatriske område i de senere år og med en forståelse af, at området har været underprioriteret gennem mange år, er det overraskende at se, at der skal spares så store beløb i psykiatrien.

I almen praksis behandles mange patienter med psykiatriske sygdomme, og der er fortsat behov for en stærk psykiatri i det regionale regi til at understøtte behandlingen - også i almen praksis.

Det omtalte pres på psykiatrien med udredningsret samt indførelse af pakkeforløb opleves dog ikke altid som succes, da fagligheden er kommet under et gevaldigt pres.

Omlægningen til flere ambulante funktioner er vi ikke modstandere af, det er dog vigtigt, at disse funktioner lægemæssigt er betjent af psykiatrien. Dels har vi ikke kapaciteten til at overtage flere

funktioner på området, og dels er det vigtigt med en helt klar ansvarsfordeling af hensyn til patientsikkerheden og kvaliteten i behandlingen. Samtidig er det også på dette område vigtigt, at de ambulante funktioner og evt. understøttende funktioner fra kommunerne er på plads før yderligere sengelukninger.

## **Tema 5: Kliniske service**

### **Forslag 6: Nedlæggelse af radiologisk vagt på akutklinikkerne uden for akutklinikens lukketid**

Forslaget medfører en serviceforringelse, idet flere patienter sendes til de større sygehuse. Samtidig vil det medføre, at akutklinikken ikke kan arbejde på almindeligvis og dermed ikke understøtte arbejdet i Lægevagten, sådan som forudsat i Akutaftalen, jævnfør bemærkningerne til Tema 1, forslag 2 samt Tema 3, forslag 4.

### **Forslag 10: Hjemtagning af analyser fra Statens Seruminstitut**

Det skal bemærkes til dette forslag, at der forventes god, grundig og rettidig information og vejledning af almen praksis, for at undgå prøver fejlagtigt sendes forkerte steder hen.

### **Forslag 13: Reduktion af diætister**

Forslaget er dårligt beskrevet og derfor vanskeligt at forstå. Det er nævnt under punkt E: "Den foreslåede reduktion er målrettet de diætistopgaver, som i udgangspunktet er en kommunal opgave – herunder for eksempel regionspraksiskonsulentordningen, som i dag varetages af Hospitalsenheden Midt." Er det en fejl at der står "regionspraksiskonsulentordningen"? Menes praksisdiætistordningen?

Hvis der menes praksisdiætistordningen, er det problematisk at nedlægge denne funktion. Der er i forvejen meget ringe adgang til diætist hjælp for patienterne i almen praksis, så en reduktion vil forringe kvaliteten for denne patientgruppe.

Det er anført, at Region Midt opfatter området som hjemmehørende i kommunalt regi. For os er det vigtigt, at ordningen ikke nedlægges før noget andet er sat i stedet i kommunerne.

### **Forslag 14: "Skeletrøntgen" vagt til vagtlægerne**

PLOM hilser forslaget velkommen, idet det har været et ønske længe og var en intention at skabe denne funktion allerede i forbindelse med forhandlingerne til akutaftalen. Det forudsætter dog, at akutaftalen forsætter uændret og lægevagten styrkes, ellers er der ikke ressourcer til at påtage sig den opgave.

## **Tema 6: Ikke kliniske områder**

### **Forslag 14: Fælles puljer vedr. forskning og samarbejde**

Der foreslås besparelser på området for sundhedsforskningen og udvikling, således at regionen samlet set står dårligere forskningsmæssigt og udviklingsmæssigt. Det skal hertil bemærkes, at besparelse på forsknings- og samarbejdsområdet er udtryk for en kortsigtet strategi.

### **Forslag 15.5: Lægeuddannelse i almen praksis**

Ved dette spareforslag reduceres muligheden for at øge antallet af uddannelsessøgende til specialet almen medicin, hvilket er meget u hensigtsmæssigt, da der netop er et stort behov for flere praktiserende læger i årene fremover.

PLOM vil opfordre Region Midtjylland til aktivt at arbejde for en øgning i antallet af hoveduddannelsesstillinger i almen medicin.

## **Tema 7: Medicin**

Det er generelt fornuftigt at få en bedre sammenhæng mellem medicinudskrivelser i sekundær og primær sektoren, hvorfor PLOM kan støtte den del af forslaget.

### **Forslag 3: Anvendelse af blodfortyndende lægemidler i overensstemmelse med gældende retningslinjer**



PLOM kan støtte forslaget formål, om at sikre bedre overholdelse af gældende kliniske retningslinjer. Det bemærkes, at øget brug af Marevan som nævnt giver flere konsultationer i almen praksis.

Under dette punkt nævnes det: "Den nedsatte styregruppe for tema 3 (praksis) bemærker, at der er et potentiale i at foretage INR-prøver på hospitalerne. Dette indgå dog ikke som et forslag til en konkret besparelse under tema 3. Her lægges dog op til, at der kan ses nærmere på takster, blodprøvetagninger mv. i forbindelse med overenskomstforhandlingerne med Praktiserende Lægers Organisation (PLO)." Det skaber undren, at man har disse overvejelser om organisering af AK-behandling, når klinikforum netop har anbefalet at gå videre med den organisering, som en arbejdsgruppen omkring AK-behandling har udarbejdet efter en grundig proces. Arbejdsgruppen lægger netop vægt på, at almen praksis har ansvaret frem for en AK-klinik, hvor blodprøven tages på sygehuslaboratorier. Patienter er ofte multisyge og ved konsultation i forbindelse at INR-prøven tages, kan der udføres kontrol af patientens øvrige sygdomme. Endelig er det ofte ældre patienter, som ikke med rimelighed kan transportere sig selv ind til sygehuset og derfor skal have transport eller evt. have taget blodprøven via mobillab. ordningen. Nærhedsprincippet i disse blodprøver findes vigtig og øger compliance i AK behandlingen.

Afslutningsvis skal der takkes for høringsmuligheden, idet PLOM finder det problematisk, at Region Midtjylland med den meget korte høringsfrist sætter sine samarbejdsparter under et urimeligt pres.

Med venlig hilsen

Karsten Rejkjær Svendsen  
Formand for PLO - Midtjylland