

## Opsamling fra møde i Sundhedspolitisk Dialogforum d. 9. marts 2017

### **Velkomst og status på Sundhedsaftalen 2015-2018 v. Anders Broholm, næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget**

Anders Broholm bød velkommen til arrangementet og fortalte om rammerne for dagens arrangement.

Vi er ved at komme til afslutningen af valgperioden og gør status. Det bærer programmet til mødet en smule præg af. Vi træder lidt på bremsen og sætter ikke gang i nye udviklingsprojekter lige nu i sundhedsaftaleregi. Det går godt med arbejdet omkring sundhedsaftalen og mange projekter er allerede nu udviklet og klar til implementering.

Der er fra centralt hold udviklet 8 nationale mål for sundhedsområdet. Det er vurderingen, at vores sundhedsaftale i høj grad adresserer disse fokusområder og derfor giver de nye mål ikke anledning til ændringer hos os.

Ved udvikling af næste sundhedsaftale bør der være en ekstra opmærksomhed på sammenhængen mellem ambitioner og de ressourcer kommunerne har til rådighed.

Vi er nu ved at varme op til at skulle byde velkommen til nye politikere og sikre en god overlevering til næste år. Der er dog fortsat behov for at fortsætte det hårde arbejde på sundhedsområdet, selvom vi er i et valgår.

### **Kort orientering om ændringer i den kommunale medfinansiering v. direktør Lone Becker**

Pr. 1. januar 2017 er en række ændringer i den kommunale medfinansiering trådt i kraft. De nye regler på området kan potentielt få stor betydning for den kommunale økonomi. På den baggrund orienterede direktør Lone Becker kort om ændringerne og særlige opmærksomhedspunkter i den forbindelse set med kommunale briller.

Baggrunden for ændringerne i den kommunale medfinansiering er en evaluering fra 2015. Man har ved revideringen af reglerne arbejdet med mere objektive kriterier for medfinansieringen. For kommunerne handler det om at have fokus på, hvilke indlæggelser vi kan forhindre. Vi får fremadrettet en større del af regningen for de målgrupper, vi har mulighed for at påvirke mest ift. indlæggelser, f.eks. børn under 2 år og de ældre målgrupper. For begge grupper gælder det, at kommunerne er i tæt kontakt med dem, f.eks. via sundheds- og hjemmeplejen.

Det er vigtigt ved den nye ordning, at vi ikke længere skal betale dobbelttakst for overflytninger under samme indlæggelse. Det er en stor fordel for mange kommuner.

Tidligere har der været stort fokus på regionernes mulighed for at øge deres aktivitet. Dette er nu tilpasset og regionerne belønnes ikke længere på samme måde for aktivitet.

De nye regler for den kommunale medfinansiering burde give kommunerne bedre mulighed for budgetsikkerhed fremadrettet.

Nogle kommuner har dog fremført, at den nye ordning kan få store økonomiske konsekvenser i de enkelte kommuner, men det fulde overblik over dette er endnu ikke tilstede.

**Kommentarer fra salen til oplægget:**

Vedr. Genindlæggelser: Vi skal have meget fokus på de færdigbehandlede, som vi har liggende på sygehusene, der kan være en sammenhæng mellem få færdigbehandlede og flere genindlæggelser.

Det er vigtigt at holde fokus på de store forskelle mellem de enkelte kommuner og inden for de enkelte kommuner (læger). Vigtigt at vi som kommuner hver især er meget opmærksomme på, hvordan vi ser ud ift. de kommuner, som vi normalt sammenligner os med. Her kan vi få indikationer på, om vi har en adfærd og et system, som gør, at tingene fungerer bedst muligt indenfor den bedst mulige økonomi.

Det er vigtigt, at de udpegede KKR repræsentanter på sundhedsområdet får noget god viden med fra de enkelte kommuner ift. arbejdet i SKU eller andre fora; vi har brug for nogle præj fra kommuner, som oplever, at der er ting, som fungerer uhensigtsmæssigt, så hvis nogle oplever mærkelige udsving, hører vi gerne om det, så vi kan køre en sag på det i KKR regi. Det er vigtigt, at vi lærer af hinanden som kommuner, så hvis nogle har gang i spændende ting, vil vi gerne høre om det. Vi er i uopdyrket land, så vi har brug for alle gode erfaringer.

Vigtigt lokalt at modtage den nødvendige viden for at tilrettelægge den kommunale forebyggelses og rehabiliteringsindsats, men hvilke data har vi? Kan vi finde ud af præcis hvor udfordringerne er? Har vi f.eks. data på diagnosegrupper? Det er en udfordring, som regionen skal hjælpe os med. Vi får ikke data på personnummerniveau på den måde. Tal alene siger ofte ikke nok alene, der er også behov for at se bag om tallene.

KL har en opmærksomhed på, hvilke data vi har brug for i kommunerne og administrativt er vi i dialog med KL, så vi kan agere på bedst mulige måde. Men vi skal også være skarpe ift. hvilke data, vi efterspørger. Vi bliver nødt til at finde ud af, hvad der er "need to know" og "nice to know".

Vedr. den generelle omlægningen af finansieringen: F.eks. ift. træning i stedet for operation- skal borgerne nu til at betale for behandling? Hvad sker der, hvis regionen ikke længere vil operere borgerne? Det er ikke alle, som har råd til et længere træningsforløb, som de selv skal finansiere, så er dette en forandring, hvor flere kommer til at betale for ydelser, som tidligere har været gratis? Næste skridt er, at vi skal være endnu mere specifikke ift. vores indsatser; hvor har vi mulighed for, for alvor, at gøre noget fælles?

Der er ikke lagt socioøkonomiske variable ind ift. medfinansieringen og det kan være en uhensigtsmæssighed ift. KMF. Det er den udfordring, vi står med nu.

Når vi kender den økonomiske baggrund for 2018, kan vi tage emnet op igen i dette fora efter sommerferien.

### **Udvikling af fælleskommunale sundhedspolitiske målsætninger (rammepapir)**

Sundhedspolitisk Dialogforum besluttede d. 14. oktober 2016, at der i 2017 skulle udarbejdes et fælleskommunalt sundhedspolitisk rammepapir. Ideen var at rammepapiret kan fungere som en "overlevering" til de nye kommunale politikere på sundhedsområdet efter kommunalvalget i november 2017, men også at rammepapiret skal være en del af det kommunale politiske input til arbejdet med udvikling af ny sundhedsaftale. Den nye sundhedsaftale skal politisk godkendes i 2018. Rammepapiret skal således medvirke til en drøftelse af sundhedspolitiske visioner på forkant med den nationale sundhedspolitiske dagsorden.

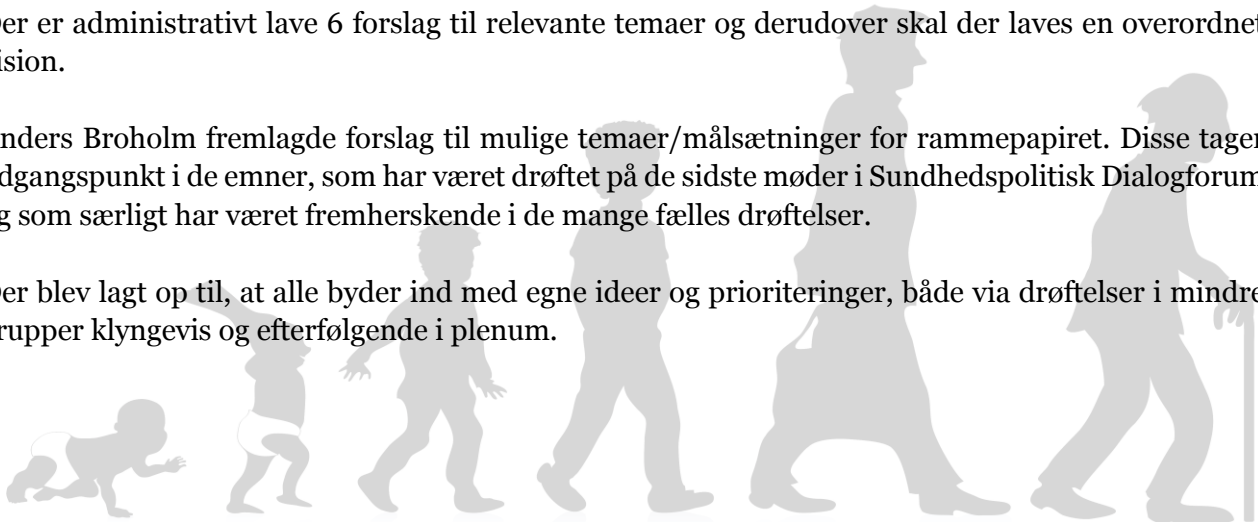
Efter planen skal et endeligt rammepapir godkendes af Sundhedspolitisk Dialogforum d. 18. august 2017. Herefter planlægges KKR-behandling i sensommeren 2017.

Et af formålene er at vi skal sikre en god overlevering politisk til de nye politikere, her kan papiret også bruges. I KL regi er det foreslået, om man evt. kan udskyde udarbejdelsen af sundhedsaftalen, så det ikke er det første man skal lave efter valget.

Der er administrativt lave 6 forslag til relevante temaer og derudover skal der laves en overordnet vision.

Anders Broholm fremlagde forslag til mulige temaer/målsætninger for rammepapiret. Disse tager udgangspunkt i de emner, som har været drøftet på de sidste møder i Sundhedspolitisk Dialogforum og som særligt har været fremherskende i de mange fælles drøftelser.

Der blev lagt op til, at alle byder ind med egne ideer og prioriteringer, både via drøftelser i mindre grupper klyngevis og efterfølgende i plenum.



## Input fra de enkelte klynger:

### Klynge Nord:

#### Vedr. den overordnede vision

For kommunerne er borgerne omdrejningspunktet - det kan godt fremgå tydeligere af visionen. Vi skal samle borgerperspektivet, forebyggelse, lighed i sundhed og faglighed i en fælleskommunal vision, som vi kan bruge i dialogen med regionen om den kommende sundhedsaftale.

#### Vedr. de foreslåede temaer

Vigtigt at kommunerne har adgang til relevante og ensartede sundhedsdata, som kan vise, hvor den enkelte kommune er udfordret (sammenlignet med andre kommuner). Det kan give kommunerne et kvalificeret beslutningsgrundlag, når det kommer til forebyggelse og rehabilitering. Kommunerne skal blive enige om, hvilke data der er behov for, og kræve at regionen leverer de data.

Bør lighed i sundhed være et selvstændigt tema i rammepapiret? Det ligger implicit i alle de nuværende temaer, fordi det skal være et gennemgående i alle indsatser. Men måske forsvinder det i mængden, hvis det ikke er et selvstændigt tema?

Der skal være et bredt fokus på forebyggelse såvel som et specifikt fokus på forebyggelse på børneområdet. Vi kan blive endnu bedre til at samarbejde og koordinere forebyggelsesindsatsen på tværs af forvaltninger og sektorer.

Skal vi have en fælles tilgang til, hvornår kommunerne overtager nye opgaver fra sygehusene? I dag overtager kommunerne opgaverne i forskelligt tempo (f.eks. IV-behandling). Det gør samarbejdet nemmere, at kommunerne har fælles fodslag.

Den kommende sundhedsaftale skal være i stand til at rumme både nationale og lokale initiativer. Regionen etablerer i stigende grad udgående teams. Måske skal kommunerne i stedet klædes på til at varetage de opgaver, som de udgående teams løser?

### Klynge Midt:

#### Vedr. den overordnede vision

Der er opbakning til at fastholde visionen fra sundhedsaftalen stort set uændret med henblik på at signalere fælles/tværasektoriel tænkning og ønske om fælles løsninger. Det ønskes dog, at ordet "sund" i højere grad bør fremgå i visionen, da det jo er en sundhedspolitisk vision. Det ønskes derfor tilføjet i visionen: "*...med mange sunde og gode leveår.*"

#### Vedr. de foreslåede temaer

Overordnet set var der tilfredshed med de udvalgte temaer. Dog skal lighed i sundhed fremhæves mere – enten som et separat tema eller måske mere relevant som en form for overskrift for 4 af temaerne, hvor lighed i sundhed i forvejen indgår som et kerneelement. Det drejer sig om temaerne om psykisk sygdom, børn og unge, øget tilgængelighed og arbejdsmarkedstilknytning. Derudover var der følgende kommentarer til udvalgte temaer:

- Psykisk sygdom: Dette tema bør eksplicit fremhæve ligestilling mellem somatik og psykiatri som et mål
- Børn og unge: Dette tema bør fremhæve specielt unge psykisk sårbare, som fylder meget, målet med arbejdet er at skabe robuste unge.
- Opgaveoverdragelse: Vedrørende formuleringen "via forudgående finansierede aftaler" blev der stillet spørgsmål ved, om denne formulering er operationel i samarbejdet med regionen om den kommende sundhedsaftale. Der er egentlig ikke uenighed om betydningen af det, der står (det behøver ikke nødvendigvis være regionen der står for finansieringen), men formuleringen kan fungere som en "rød klud" for regionen og bør derfor omformuleres. En alternativ formulering kunne eksempelvis være noget i stil med, at der skal "sikres økonomisk grundlag for at kommunerne kan løfte opgaven". Det er således vigtigt, at vi ikke med formuleringen signalerer en form for "noget for noget"-politik over for regionen, men samtidig får gjort klart, at der skal være en økonomisk basis for at overtage opgaver efter forudgående aftale.

**Klynge Syd:**

Vedr. den overordnede vision

- svært at være uenig i den nuværende vision
- rehabiliterende tankegang - er den tydelig nok (middel til at nå målet, så er den med)
- borgeren kan virke passiv og mens andre handler (i samarbejde med borgerne kan sættes ind (andet ord end sikres))
- vigtigt at bibeholde lige muligheder
- fælles sundhedsvæsen ( - også lokal treenighed)

Konklusion: sikres skal erstattes af et mere aktivt ord i forhold til borgerne

Vedr. de foreslåede temaer

Overordnet: skal ulighed være selvstændigt tema, eller stå meget tydeligere frem i alle temaer. Måske netop helst alle temaer.

Skal de ældre være et tema, de fylder jo mest?

Aktivgørende element. Kan selv - skal selv (Frederikshavn sætning, men det er en god tilgang og vi bør værdsætte dem der kan/vil selv). Vigtigt at alle led understøtter et aktivt liv At leve livet. Alle har jo ikke behov for den samme hjælp. Dokumentation ude ved patienten.

Arbejdsmarkeds området - skal det være et tema ?? I et forebyggelsesperspektiv er det rigtigt at have dette tema, og det har vel netop også været et emne, vi ikke har drøftet i denne periode. Er det ulighed igen - skal det hellere være et tema? Ulighed der ses i forhold til alle relevante temaer herunder arbejdsmarked. Måske arbejdsmarked er et perspektiv særligt under rehabilitering og psykiatri. Uddannelse under børn og unge

Nye samarbejdsformer - det bliver tydeligere at det vil vi gerne.

Tema 1: rehabilitering som kommunal kerneværdi. Samskabelse - et nyt popord, skal vi ikke holde os til samarbejde, deltagende perspektiv er dog vigtigt. Vigtigt med fokus på inddragelse af borgerne (gøre i stand til - bruges oplever i stedet kan vi måle på det)

- sætningen skal gøre borgerne aktive.

Tema 2: styrke sundhed ved psykisk sygdom

Tema 3: børn og unges fysiske og mentale sundhed. Husk uddannelse her.

Tema 4: sikre borgernes arbejdsmarkeds tilknytning. Sygehuset kan få det til at virke som en undren, hvis man gerne vil starte hurtigt på arbejde En personlig oplevelse

Tema 5: tilgængelighed til sundheds ydelser

Tema 6: opgaveoverdragelse

## Klynge Vest:

### Vedr. den overordnede vision

- Godt med en fælles vision mellem region og kommune
- Eksisterende vision er dækkende

### Vedr. de foreslåede temaer

Rehabilitering som kommunal kerneværdi: Evt. "kommunerne samarbejder målrettet med borgeren om at bevare borgerens mestring af eget liv".

Styrke sundhed for mennesker med psykisk sygdom. Enig i formuleringerne.

Dette tema bør prioriteres højt.

Politisk fokus? Det skal diskuteres i bunds ift. de lokale udfordringer. Der ligger administrative aftaler. Alle parter skal være gode til at overholde aftalerne

### Faglig drøftelse:

Vi skal arbejde med at anerkende hinandens kompetence til at definere serviceniveau. Det er kommunerne, der definerer det kommunale serviceniveau.

Der skal være fokus på bedste og billigste tilbud til den enkelte borger. Tilbuddet til borgeren skal være drevet af faglighed.

Den enkelte borgers motivation til at modtage behandling er en stor udfordring på det psykiatriske område. Nogle borgere kræver noget ekstra hjælp for at overholde aftaler.

Der kræves øget tydelighed i opgavefordeling. Ex. Det er en udfordring, hvordan kommunerne får besked om, når en borger udskrives

Styrke børn og unges fysiske og mentale sundhed. Vi er godt med ift. forebyggelsesindsatsen.

Arbejdsmarkedstilknytning: Enig i formuleringen – "arbejdsmarkedstilknytning kan i sig selv være sundhedsfremmende"

Udfordring: Vi har ikke et fælles sprog (arbejdsmarkedsområdet og træningsområdet) om ambitionsniveau for, hvor funktionsdygtig borgeren skal være.

Kommunerne arbejder målrettet på at styrke samarbejde med regionen om at sikre øget tilgængelighed til behandling

Klynge vest er i en særlig situation:

Kirurgi:

Fokus på at forebygge, at borgerne køres til Hjørring. Reducere genen for borgeren.

Der er langt til Hjørring ift. hospitaler i Region Midt

Geografisk afstand til sundhedstilbud i øvrigt er en udfordring

Psykiatri. Geografisk afstand er en udfordring

### Opgaveoverdragelse

Enig

### **Opsamling i plenum:**

Der var på mødet en plenumdøftelse af forslag til overordnet vision og de foreslåede 6 temaer.

#### Input vedr. visionen:

- Lad os sætte et ord ind, som gør borgere mere aktive, så de ikke er så passive.
- Kommunerne samarbejder målrettet med borgerne om at bevare deres mestring.
- Kunne det ikke være godt for os i kommunerne at have vores egen vision, så den ikke er fælles med regionen, så vi får den kommunale vision tydeligere frem?
- Visionen kunne være centreret om disse fire emner: Forebyggelse, Lighed i sundhed, Faglighed, Data

#### Vedr. temaerne:

- Generelt nogle fine temaer.
- Det er vigtigt at vi holder fast i lighed i sundhed.
- Ift. de seks temaer, de fire første er måske et forsøg på at definere hvor vi skal sætte ind, hvis vi skal have lighed i sundhed. Lighed i sundhed er en fælles overskrift for de fire første temaer.. Den kan gøres tydeligere i det videre arbejde.
- Ift. psykisk sygdom er det væsentligt at vi holder fast i visionen om lighed mellem psykiatri og somatik. Her er stadig en del arbejdet, som skal gøres. Dette hænger dog også sammen med lighed i sundhed.
- Måske skal de sårbare unge have en pind for sig selv. Også væsentlige ift. forebyggelsesområdet.
- Klynge syd har ikke opbakning til tema om arbejdsmarked, evt. kan den skrives sammen med rehabiliteringstemaet, da det er noget forskelligt ift. de forskellige temaer. I Hjørring er sundhedsområdet centralt ift. arbejdsmarkedsområdet, så den er vigtig, men formen på den kan man overveje... Sundhed/arbejdsmarked fylder meget som selvstændigt emne i mange kommuner.
- Den ældre medicinske patient, skal den have sit eget tema?
- Måske kan vi forenkle nogle ting og skrive flere temaer sammen og gøre det skarpt på denne måde? Et forslag at skrive dem sammen, så der bliver færre temaer.

Generelt opbakning til de foreslåede temaer.

#### Derudover:

- Økonomien og samspillet om den. Vi skal lave nogle rammer omkring den, som vi alle kan være i.
- Væsentligt at vi kommunalt er afklaret, inden vi går ind i et fælles rum med regionen. Hvis vi er enige på tværs, står vi stærkere i dialogen med regionen. Det bliver nemmere at samarbejde og giver tydelighed for alle.



- Det er vigtigt at kommunerne står fælles, men vi skal også være fælles med regionen; ift. at bringe problemstillinger ind på landsplan

### Den videre proces

Administrativt arbejdes der nu videre med de indkomne input og derefter skal Sundhedspolitisk Dialogforum behandle endelig udkast til fælleskommunalt rammepapir i august 2017. Herefter er der planlagt en KKR behandling af målsætningerne.

### Lægedækning – hvordan er situationen i Nordjylland?

Regionen er inviteret til en drøftelse af den aktuelle situation vedr. lægedækning i Region Nordjylland. Ole Stavad bød velkommen til de regionale deltagere og takkede for deres deltagelse. Lægedækning er et tema, som optager både kommune og region og derfor er det vigtigt med fælles drøftelser.

Fra Regionsrådet deltog:

- Vagn Nørgaard, Regionsrådsmedlem af medlem af Samarbejdsudvalg for almen læger
- Lene Linnemann, Regionsrådsmedlem og medlem af Praksisplanudvalget
- Gunhild Olesen Møller, Regionsrådsmedlem og medlem af Praksisplanudvalget

Fra den regionale administration deltog:

- Henrik Sprøgel, konstitueret direktør - Patientforløb
- Heidi Trap, Teamleder - Lægedækning og praksisplanlægning

Tværsæktorielt er der nedsat flere udvalg, hvor lægesituationen drøftes. Der er tale om Praksisplanudvalget, Samarbejdsudvalg for Almen praksis og Sundhedskoordinationsudvalget.

Heidi Trap startede med et administrativt oplæg om den nuværende situation på området. (Detaljerne fra oplægget kan ses i vedlagte slides).

Rammer for lægedækning og konklusioner fra lægedækningsberegningen blev skitseret.

Vi kører to spor i henhold til driften, hvis ikke ydernumrene kan afsættes på OK vilkår: Prøver afhænding via PLO og ellers ses der på en alternativ løsning

Regionen har lige holdt møde med Borgerservice i alle kommuner (minus Læsø). Det er nyt for begge parter, at nogle opgaver er overgået til kommunerne, og der er behov for dialog.

Vedr. Myndighedsansvaret: alle borgere skal have en læge. Der er ingen lægeløse og det har der aldrig været.

Lægerne kan nu eje op til 6 ydernumre, og vi ser nu, at der er læger, som driver en større forretning, køber ydernumre op og begynder at ansætte andre læger. Vi har pt. 90 læger i solo praksis, dvs. ca. en fjerdedel af lægerne, men udviklingen går mod større enheder og mere fællesskab omkring praksis.

Langt de fleste steder dækkes ind med PLO- klinikker. Der er desuden udbudsklinikker (Falck eller Nordic medicare) og midlertidigt regionsdrevne klinikker. Mange dyre løsninger for regionen. F.eks. udbudsklinikker kræver meget ekstra økonomi.

Lægedækningsberegningen gennemføres en gang årligt via spørgeskema, som fremsendes til alle læger; de skal ifølge overenskomsten svare på disse spørgsmål. Lægedækningsberegningen er ikke bindende, men bruges af administrationen som baggrund for en dialog med lægerne.

Ses der generelt en bevægelse mod en større villighed til at tage flere patienter ind og samtidig gå lidt på kompromis med serviceniveauet? Der er en bekymring for, om man åbner for tilgang for at undgå, at der kommer en regionsklinik med den konsekvens, at serviceniveauet falder.

Umiddelbart ses der ikke en sammenhæng mellem f.eks. antal af patienter og klager på en klinik. Hjælpepersonale kan gøre en stor forskel ift. at aflaste lægen.

Kan vi lave yderligere ift. brug af hjælpepersonale, eksempel med gravide, som måske ikke behøver at gå til læge, men oftest kan tilses af jordemor.

Der er stor forskel på, hvor mange pt. læger har, men er der en øvre grænse? Over 2700 patienter så skal der søges dispensation. Men der findes ikke en officiel øvre grænse; det er samarbejdsudvalget som konkret vurderer hver enkelt tilfælde.

### **Oplæg ved Vagn Nørgaard:**

Indledningsvist blev lægedækningsudvalget og den nyligt indgåede regeringsaftale drøftet og ifølge Vagn Nørgaard har den en fejl! Den skaffer ikke en eneste ny læge. Vi har stadig kun de læger, vi har. Uddannelse af alment praktiserende læger tager minimum 12 år, nogle bruger helt op mod 20 år på uddannelsen.

Et af de nye forslag, er at man vil have muligheden for at honorere læger i udkantsområderne højere end andre steder skrevet ind i overenskomsten. Der er spænding ift. hvorvidt det lykkes at få dette element ind i overenskomsten ved de igangværende forhandlinger.

Hjælpepersonalet giver kun mening til at løse lægemanglen, hvis lægerne samtidig åbner op for flere patienter. Derudover kan delestillinger ml sygehus og almen praksis medvirke til at fastholde og tiltrække flere læger og blandt andet er det en løsning ift. f.eks. Thisted. I Thisted mangler de pt. 26 læger ud af 70. Her kan delestillinger være en vigtig del af løsningen. Men det er kun en forsøgsordning og det er ærgerligt, at der kun gives lov i en begrænset periode.

Afslutning: "Intet er umuligt for den, som ikke selv skal gøre det"

### **Indlæg fra Gunhild O. Møller:**

Gunhold valgte at fokusere på, at 9 ud af 10 sundhedsopgaver afsluttes i almen praksis. De er en meget vigtig del af vores sundhedsvæsen.

Der har tidligere været fem ledige ydernumre på Mors. Lægerne på øen har dog været rigtig gode ift. at ansætte hjælpepersonale og borgerne har ligeså mange besøg pr. indbygger, som der ses andre steder i landet.

Paradoks: Vi har på landsplan nok læger, men samtidig mangler vi ca. 40 læger på regionsbasis.

Det er ikke ideelt, at en læge har mange patienter, men det behøver heller ikke være et problem.

### **Indlæg fra Lene Linnemann:**

Vedr. honoreringen: Der er meget stor forskel på at have 1600 unge patienter inde i byen og så 4500 multisyge patienter på Morsø. Man skal se på det samlede billede, også befolkningssammensætningen.

Lene kunne godt tænke sig, at vi gik videre og fik lov til at ansætte læger i klinikker, så vi får bedre rammer for at tilrettelægge området på sigt. I Sverige er de alment praktiserende læger ansat på samme vilkår som sygehuslæger, og der er ikke så meget ”bøvl” med dem, som der er i Danmark.

### **Opsamling på drøftelser vedr. lægedækning:**

Hvad er der af muligheder nu inden for de eksisterende rammer? Vi har et stort problem med lægerne. Men vedr. udbudsklinikkerne, hvad er kriterierne for oprettelsen af disse? Der er ikke meget kontinuitet i disse klinikker, men man kan have meget behov for en tovholder, f.eks. hvis man bliver meget syg af cancer el. lign. Hvad gør man for at sikre kontinuitet og tryghed i udbudsklinikkerne? Pt. er udbudsklinikkerne mest tænkt som en nødløsning, men kravene hertil er væsentlige.

Henrik Sprøgel: problemstillingen vedr. kontinuitet er meget vigtig ift. de alternative modeller. PLO stiller Familielægen op som et idealpunkt. Region sætter kriterie ift. økonomi. Sundhedsloven foreskriver, at vi skal holde prisen op imod den pris, det ville koste, hvis regionen selv skulle drive klinikken. Herudover bedes ansøgere beskrive, hvordan de vil sikre kontinuitet for deres patienter, primært ift. de kronisk syge, de meget syge; ikke så meget ift. de mere ”løse” henvendelser til lægen. Vi ser en tendens pt. til at lægerne er længere og længere i udbudsklinikkerne. Ift. de midlertidige regionsdrevne klinikker. Det er svært for regionen at finde læger, som vil fastansættes på den korte periode, hvor regionen skal sætte et tilbud på (3 måneder), men vi er enige i udfordringen.

Der findes det regionale planudvalg (Praksisplanudvalget). Men hvorfor har man ikke lavet et landsudvalg? Lægerne bør på landsplan fordeles hensigtsmæssigt over hele landet og ikke kun internt i regionen.

Kan vi evt. lykkes med at få flere større klinikker frem for de mange enkeltmandspraksis? Kunne det løse en del af problemstillingen, fordi man så kunne bruge hjælpepersonale mere hensigtsmæssigt? Der blev fremhævet eksempel fra Holstebro, hvor kommunens sygeplejersker sendes ud til ældre og blandt andet må tage blodprøver og f.eks. kan måle infektionstal og lign.

Kommunerne kan sagtens overtage opgaver fra lægerne, men det er måske ikke det, sagen drejer sig om. Kommunerne skal gerne tage opgaven, hvis der er tale om opgaveoverdragelse, hvor der følger midler med.

Det er ikke altid PLO er på linje med de unge læger. Mange af dem vil faktisk gerne være ansat og gider ikke egen praksis med bogholderi mv. og vil gerne leve som ansatte med mere frihed og bedre sammenhæng mellem arbejdsliv og privatliv. PLO kan være svære, fordi de på mange måder også er uenige med sig selv.

### **Vedr. det tværsektorielle samarbejde:**

Der er baner, hvor vi kan arbejde mere sammen. Vi ser flere eksempler på, at det sker. Eksempelvis det nyligt afholdte møde i Hjørring kommune, hvor man inviterede læger ind i kommunen og på den måde deltog i rekrutteringsprocessen.

Kommunerne kan sagtens medvirke til at skabe nogle nye rammer sammen med regionen for at sikre rekrutteringen. Vi har en fælles udfordring og vi kan hver især deltage i at løse den. Kommunerne kan sagtens medvirke til at gøre regionen "lækre" og attraktive for læger at bosætte sig hos. Det betyder meget med familiens samlede situation, når læger skal bosætte sig.

Fremadrettet er der også brug for en god fælles dialog, så tak til regionen og alle andre for deres deltagelse på denne dag!

