

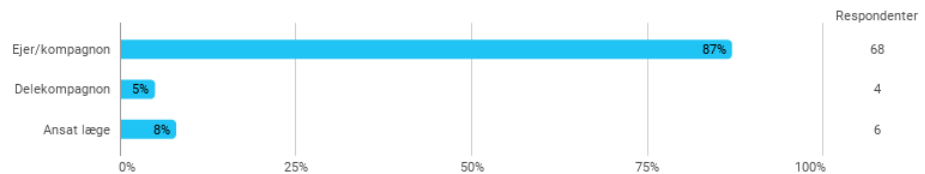
Bilag

Statistik

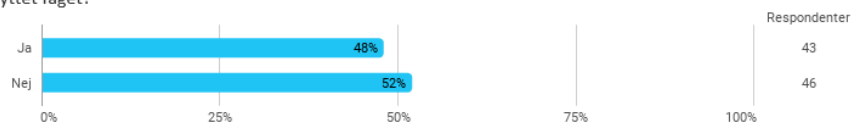
Besvarer du spørgeskemaet på egne vegne eller på vegne af kompagniskabspraksis?



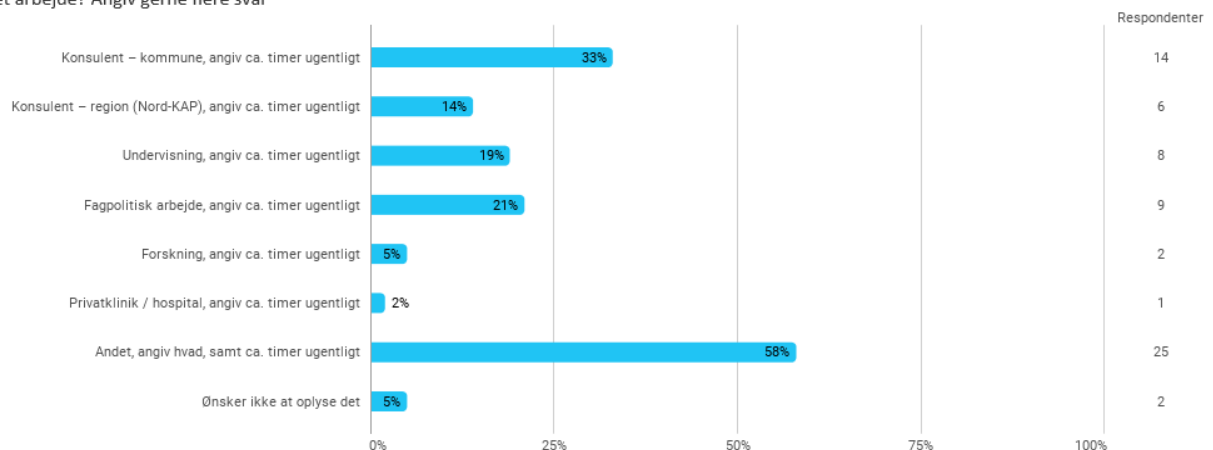
Hvad er din rolle i praksis?



Har du/I arbejdsopgaver uden for praksis tilknyttet faget?



Hvilket arbejde? Angiv gerne flere svar

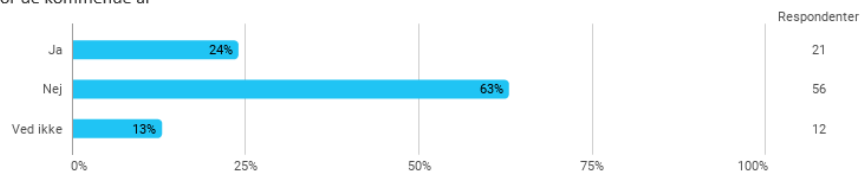




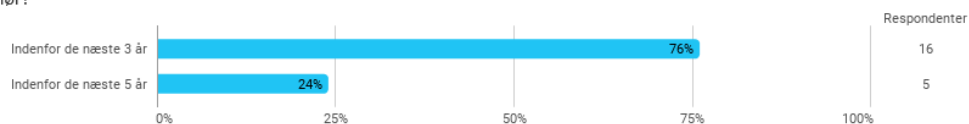
Hvilket arbejde? Angiv gerne flere svar - Andet, angiv hvad, samt ca. timer ugentligt

- 4
- 10
- 1
- 1
- Lægevagt, 8 timer
- lægevagt 8 timer/uge
- Lægevagt 8 timer pr uge
- Lægevagt, 4 timer/uge
- 2
- Uddannelse
- Lægevagt 8 timer
- Lægevagt ca 2 timer/uge i snit
- lægevagt, 4
- 1
- Hejdoktor.dk, 10 t/uge
- Lægevagt, 8 timer.
- klyngekoordinator, 1 time
- 10
- 8
- 3
- lægevagt 12 timer
- rådgiver/konsulent i Norge
- stedfortræder for embedslæge 2 timer
- Lægevagt, ca 4 timer ugentligt
- lægevagt 8-12 timer ugentligt

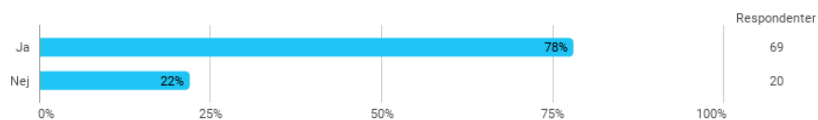
Har du/i planer om ophør i praksis inden for de kommende år



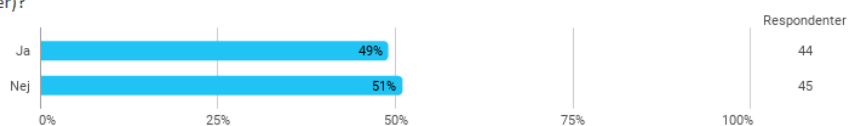
Hvornår har du/i planer om ophør?



Er du/en af jer tutorlæge?

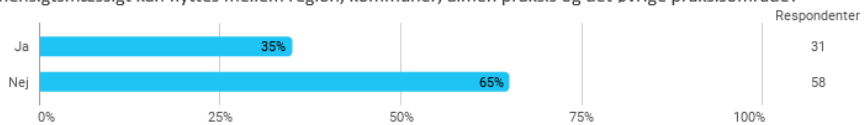


Er du/i altid klar over, hvem der har behandlingsansvaret for patienten (fx i forbindelse med at patienterne indlæggelse/udskrives, eller i forbindelse med receptfornyelser ved andre lægers ordinationer)?





Har du/I forslag til områder eller opgaver, der hensigtsmæssigt kan flyttes mellem region, kommuner, almen praksis og det øvrige praksisområde?



Kommentarer

Hvad vil evt. kunne få dig/jer til at blive i praksis i længere tid end planlagt?

- Kortere arbejdsuge
- Ikke noget
- Ingen
- Bedre økonomi i kommende overenskomst
- Jeg er 64 år, så højst 5 år mere, gerne mindre, hvis der er yngre kræfter til at tage over.
- Økonomisk så jeg kan købe lægehjælp Udvide lokaler til medhjælp
- En køber
- Ingenting i verden
- Lægevagt fri
- Aflastning med mulighed for f.eks. 4 dages arbejdsuge
- Fast ansættelse
- Mulighed for færre arbejdsdage
- Mere personale
- Interesse fra Regionens side
- Aftale med generationsskiftekompanion om 2 ugentlige arbejdsdage så evt. 1 år yderligere
- Intet
- Som ansat
- At region, kommune og styrelsen for patientsikkerhed ophører med fortsat at chikanere min person og klinik.
- Mindre administration, mere hjælp til drift og opstart af egen praksis, at komme i en vagtring så jeg kan holde ferie eller tillade mig at blive syg. Færre opgaver! Og mange andre ting
- Jeg bliver 70 år, så det jeg evt. kan byde ind med er 1 dag pr. uge
- At undgå vagtbyrde og nedsat tid

Hvad skal der til for at du/I bliver tutorlæge(r)?

- Tutorlægekursus tilmeldt. Lokalekapacitet mangles
- Min kompanion, som er nystartet, planlægger at blive tutorlæge
- Intet. Mine kollegaer i praksis er tutorlæger.
- Mere plads. Har været tutorlæge tidligere
- For sent for mig
- Mere fysisk plads i huset
- Kan ikke besvares i min selvvalgte situation som freelance læge
- Ønskes ikke
- Kompanion
- Honorering
- Et kursus
- Har pladsmangel, kan ikke have en tutorlæge.
- Det vil ikke ske
- Flere patienter uden store udfordringer



- Meget bedre tid
- Mindre regler/bureaukrati
- At jeg får lov
- Har været som selvstændig, nu som ansat, er jeg ikke.
- Opfordring af kolleger
- For gammel

Uddyb gerne de forslag du/i har til håndtering af lægedækningsproblemer?

- 1. De fysiske rammer [redacted] er alt for små. Vores mulighed for at virke ordentligt som tutorlæger og i undervisningen af studenter er kritisable. Vi har mere tutor/underviserkapacitet men kan ikke udnytte den. Så facilitering af bedre fysiske rammer vil være nummer 1.
- 2. Work/lige balance. Vi har for mange patienter pr. kapacitet. RN vil stå sig ved en langsigtet strategi som den region der politisk arbejder på at få normtallet ned på et niveau der dels tilgodeser kvalitet i behandlingen, dels tilgodeser trivslen som læge. På sigt (med fuld udflytning af opgaver fra sygehusene) skal normtallet ned på 1200 vil jeg tro.
- Ved mangel på efterspurgt vare må man betale mere. Dernæst øge muligheder for delepraksis, idet flere kolleger har forladt faget pga. for stort arbejdspress. Ligeledes vil mange yngre kolleger kunne finde på at fravælge faget af samme årsag. Delepraksis er jo ikke nødvendigvis hvad der svarer til "deltid", men indebærer måske muligheden for at kunne opnå en 37 timers arbejdsuge i stedet for 50 timer..
- Mere fleksible løsninger for ældre læger, så det kan blive enklere til at komme ned på nedsat tid når man bliver 60+
- Hjælp til opstart. Vikardækning ved ferie og sygdom.
- - Tele video konsultation
- - Uddannelseslæger andre specialer f.eks.
- - Intern medicin/akut medicin
- - Tillade lægeansættelse fra andre specialer udover 1/1 normering
- - Øget honorar. For tlf. konsultation muliggør flere ptt tilmeldt pr læge
- - Bedre dækning privat praktiserende speciallæger
- - Lettere adgang til psykolog
- - Ansættelse psykolog
- - Fri adgang psykolog
- Bedre økonomi i yderområder
- Undlad at give konkurrence forvridende lønninger til vikarer i regionsklinikker. Lad være med opgaveglidning under økonomiloft
- Der skal helt klart tilføres almen praksis en væsentligt større økonomi. Der er alt for meget arbejde i forhold til det økonomiske udbytte. Almen praksis er udsultet økonomisk og ikke attraktiv nok økonomisk forhold til andre private aktører og regionsklinikker.
- Bistand med opstart af praksis både konsulentmæssigt og økonomisk. Evt. 1 ugentlig fridag der bliver vikardækket for nystartede læger
- De unge læger ønsker kun at arbejde ca. 40 timer pr uge. Det er umuligt i en almindelig praksis hvor man også har vagtforpligtelse. Man kunne overveje at ændre på den forpligtelse eller kræve at også regionsklinikkerne bidrager til at køre lægevagt
- Skabe godt fagligt netværk, attraktive økonomiske forhold
- Mulighed for at dele et ydernummer, så arbejdsbelastningen bliver mindre. Dette i håb om, at øge rekrutteringen. Mulighed for vagtfrihed, så man kan lægge større arbejdsmængde/tid i praksis.
- Udvide lokaler så jeg fysisk kan rumme uddannelseslæger. Udover rekruttering søge at gøre det attraktivt for ældre læger at fortsætte.
- Gøre det mere attraktivt f.eks. økonomisk støttet til opstart og de første år for at fastholde. Deltage i undervisning af de unge almen med og høre deres bekymringer med at flytte ud og hvad der kunne gøre det attraktivt for dem at vælge de områder. Bedre information og kommunikation mellem region/kommune og læger. Aalborg kommune, har jeg indtryk af er gode til at samarbejde med lægerne imens regionen er mindre gode til at få et fælles mål, og forståelse for hinandens arb.områder. Vigtigt at arbejde sammen for at få en løsning.

- Fastholdelse af ældre kolleger på individuelle aftaler. Flere uddannelsesstillinger Ny lægeavtalsaftale mhp. tilpasning/ nedsættelse af bemanningen og antal vagtsteder. Dette vil frigøre arbejdskraft til dagtid Flere privatpraktiserende speciallæger til aflastning af almen praksis Løft af psykiatrien
- Giv mulighed for lang konsultation til de komplekse/skrøbelige patienter. Således at belastede praksis kan blive honoreret for deres arbejde. Mere effektivt end diff. basishonorar.
- Mere økonomi til almen praksis generelt. Flere læger.
- Færre udbud og regionsklinikker og flere uddannelsespladser. Flere dele praksismuligheder.
- En meget stor del af de uddannelseslæger vi har, bliver glad for området og mange fristes til at blive. Det har vi og andre kolleger oplevet utallige gange. Så efter min mening er den allermest effektive rekruttering til området gennem det, at vi tager så mange uddannelseslæger, som vi kan. Men vores lægepraksis er købt og indrettede inden dette problem blev aktuelt - og vi har ikke bygget vores huse større end hvad vi havde brug for og kunne betale. Så det helt store problem nu er pladmangel til uddannelseslæger. Derfor at det ALLER vigtigste at der ydes støtte til udvidelse af de eksisterende lægehuse.
- Ægtefællejobs
- Speciallægehonorering for speciallægearbejde. Konsultationshonorar på 142 kr. i stedet for 500 kr. gør vores praksis så attraktive at de ikke engang kan gives væk for 0 kr. Den nuværende honorering gør det nedgørende at arbejde som speciallæge i almen medicin.
- Mange kvinder fravælger fuldtidsarbejde . Skønner bedre at frilægge lægevagte til frivillighed og fokus mere på praksisdrift Region kunne være opsøgende for bedre kommunikation og forskning som der ikke er plads til i hverdagen.
- Bedre økonomi i praksis
- Adskille lægevagten fra almen praksis
- Der skal være en større skævdeling af økonomien til fordel for udkanten. Det skal være muligt at starte delepraksis og være sikret at beholde den. Det skal være muligt at lukke for patienter ved 1000.
- Mulighed for delepraksis eller mulighed for nedsat patientantal. Nogen venter med at overtage praksis pga arbejdsbyrden.
- Økonomi, sv.t hvad regionen fylder i udbudsklinikker.
- Vikarordning til sololæger for at friløb fx forsknings projekter. Afskaffelse af læge vagt for at mindre arbejdsstryk.
- Nedsat arbejdstid hjælp til ægtefællejob betale flytteudgifter
- Hjælp til vikardækning/vikarhonorar, så almen praksis kan konkurrere med regionsklinikker. Øget fleksibilitet i tildeling af praksis til uddannelseslæger, så deres ønsker i højere grad bliver hørt.
- Deltidsstillinger
- 1) Behandl lægerne med respekt - og følg lægernes forslag til forbedring af arbejdsgange.
- 2) Sørg for at den løn i tilbyder er konkurrenceduelig til vikarbureauernes tilbud - det bliv under alle omstændigheder voldsomt meget dyrere at ansætte gennem et vikarbureau.
- 3) Følg op på om arbejdsbetingelserne er acceptable - eller ligefrem optimale.
- 4) Brug alle de tricks I kan finde på at holde de ældre læger fra at ophøre med deres praksisgerning - seniorordning, seniorbonus, whatever....
- 5) Brug alle de tricks I kan finde på for at hjerne de nye unge læger - attraktive uddannelsesstillinger, gode boforhold og omgivelser, når de flytter hertil. Lok for dem....
- Understøtte praksis ift. personale rekruttering og lokale/m2 problematikker. Øget tilgængelighed og udnyttelse af Subakutte tilbud i sekundær sektoren også i psykiatrien.
- At lukke en del af klinikker i storby- områder
- Hjælp til udvidelse af lokaler
- Attraktive lejemål til klinikker. Differentieret basishonorar.
- Fastholdelsestillæg. Aftaler med klinikker om honorering ved overtagelse af patienter fra lukkede klinikker. Hjælp til etablering og udvidelse med ekstra lokaler. Tilskud til vikar ved ferier og fridage.
- Organisering i praksis
- Regionerne må ud af hullerne og reelt støtte almen praksis og, at ældre bliver længere i arbejde i egen praksis.
- Oprette flere uddannelsesstillinger. I denne runde har der været 26 ansøgere til 16 introstillinger.
- Uha hvor er der meget. Ophør af forfølgelse af almen praksis af embedsværk. Dialog fra sygehus fremfor endeløs pålægning af opgaver, der sluger endnu mere tid. Differentieret aflønning
- At regionen er mere fleksible/ lydhør overfor løsninger foreslået af LÆGER. Da vi stod med nyuddannet praktiserende læge [redacted] som gerne ville ind i vores praksis, kunne vi ikke få tildelt et ydernummer. Ej eller flytte et fra oplandet. Der er ikke skoler, politi eller brugsen i oplandet - derfor er det utopi at tror at der skal være en læge.
- Ophør af chikane



- Opret tilstrækkeligt med uddannelsesstillinger, sørg for et fuldt fungerende Thisted Sygehus med uddannelsesmulighed. Økonomisk præmiering af yngre læger og præmier ældre så ophør udskydes. Sørg for at PLO læger har muligheder for udbygning af lokaler.
- Jeg er lige startet op [redacted] og har holdt møder med kommune og region samt haft mange samtaler om dette emne eftersom jeg er helt ny i faget. Blev uddannet i 2018 og sidder altså nu i min egen klinik. Der er ingen der har villet hjælpe mig på trods af ovenstående ting! Regionen er ikke nok interesseret i at hjælpe nye unge praktiserende læger som mig! Hvorfor skulle det så være tilfældet nu. Hvis I vil have tingene uddybet må I gerne ringe på [redacted]
- Information til blok læger i midt. arrangementer for studerende. Støtte til læger der vil flytte fra ydernummer i store byer, til lægedækningstruet område. Støtte til indretning eller udbygning til lokaler til uddannelseslæger og studerende
- Økonomisk støtte til at opbygge og starte lægepraksis med flere læger. Pålægge læger i regionsklinikker også at deltage i lægevagt, da det belaster mange praktiserende læger, at vi er for få til at dække vagterne. Undgå at regionsansatte læger i praksis ikke modtager højere løn end vikarløn i almen praksis.
- Genindfør muligheden for selektiv åbning for det/de postnumre, som praksis ligger i/er tæt på.
- Bedre økonomisk tilbud til læger som skal komme og arbejde i de steder hvor der er problemer m. lægedækning.
- Ansprende til mere arbejde i dagtid og mindre i vagttid (modernisere lægevagten og behov for færre læger om aften/nat)
- Mere synlighed af organisation mindre eller ophør af vagtbyrde

Uddyb gerne de førnævnte eksempler på situationer hvor samarbejdet med kommuner og/eller hospitalerne fungerer godt

- Hver dag! Folk gør en kæmpe indsats for at samarbejde. Vanskelighederne er strukturelle. Seneste eksempel er indførelsen af fællesvisitation som ikke tilgodeser praksisbehov på nogen måde. Det tager nu ofte omkring 10 min at arrangere det praktiske vedr. en indlæggelse. Det er en ommer!
- Godt samarbejde med det lokale plejehjem Med sygehuse sjældnere
- Akutsygeplejerske, misbrugerne ptt, evt. under afvænnning, demensomsorg
- Hjørring kommune har indset problemet med truende lægemangel i Hirtshals og har søgt puljemidler og fået penge til delvis finansiering af et nyt lægehus i Hirtshals med forventet indflytning i januar 2021. Kommunen og lægerne i Hirtshals tror på, at et nyt lægehus vil kunne tiltrække nye (unge) praktiserende læger til Hirtshals
- Telefonsamtale med lægekollegaer ved tvivlstilfælde. Akut sygeplejerske i kommune aflaster ift. sygebesøg.
- Akut sygeplejerske Samling adgang/oversigt over kommunale tiltag i Aalborg kommune
- Akutsygeplejersker i kommunen. Numre man kan kontakte på sygehuse for at få råd fra specialist.
- Ved udskrivelse af patienter
- Upåklageligt samarbejde med hjemmesygepleje/hjemmepleje.
- Stor gavn af akutsygeplejersker
- Akutteam
- God samarbejde med lokale ældrecentre og sundhedscenter.
- Kardiologisk afdeling i Hjørring er massivt fleksibel og super velvillig samarbejdspartner
- Rehabilitering Akut sygeplejerske vurdering
- Træffetider til specialerne. Hjemtagning af kronikere til AP. Direkte og godt tæt samarbejde med hjemme sygeplejersker. Hurtigere vurdering i psykiatrien. LME. OG MANGE FLERE
- Samarbejdet med kommunens akut sygeplejersker er smidigt, de er hurtige til at tage på akutte besøg, jeg får fin tilbagemelding og det nedsætter behovet for, at jeg kører akutte besøg
- Det fungerer almindeligvis godt
- Plejehjemslæger, opfølgende sygebesøg
- Akuttaftalen med Aalborg kommune. Rehabiliteringstilbud Aalborg kommune. Den nye fælles visitation til sygehuse.
- Fast tidspunkt på dagen hvor det er mulighed for konference med læger på specialafd. fx endokrinologer, nyremedicin og reumatolog. Plejehjemslægefunktion giver godt samarbejde med centersygeplejerske på plejehjem

- Samarbejde med det palliative team, hvor epikriserne er korte og præcise og arbejdsopgavefordelingen er tydelig. Åbne røntgenambulatorier - hurtig tid og hurtigt svar. DVT- klinikken i Farsø - igen hurtig tid og hurtigt svar. Kommunen: samarbejdet omkring demensudredning
- Kræftpakkeforløb
- Tæt samarbejde med hjemmeplejen og lokale plejehjem. Ugentlige møder i klinikken.
- Korrespondancemodul
- Aalborg kommune har formået at oparbejde et fantastisk samarbejde med de praktiserende læger. [REDACTED] har formået at opbygge et godt grundlag for et godt samarbejde. Både kommune og de praktiserende læger vil det bedste for borgere/patienter. Vi forsøger at nå det samme mål men har forskellig indgangsvinkel og ved at lave det gode samarbejde kan man arbejde sig frem imod nye måder at løse opgaverne på.
- Godt samarbejde med Hjørring sygehus, hvor jeg kender mange læger, afdelinger og arbejdsgange.
- Dialogmøder
- Samarbejdet med sundhedsplejen er god
- Læge-til-læge konference. God tilgængelighed til en hel del forskellige bagvagter, der gerne vil og kan forstå almen praksis
- Godt samarbejde med hjemmesygeplejerskerne. God hjælp fra sundhedscenter Aalborg. AMK - fælles visitation fungerer godt.
- Daglig kommunikation med div samarbejdsaktører
- Spl. akutbesøg. Livsstils- og kronikertilbud til borgerne.
- Det er dejligt når man i det daglige får en korrespondance fra en engageret og dygtig sygeplejerske i hjemmeplejen, med relevante oplysninger og relevante forespørgsler eller ideer til hvordan noget kan forbedres for patienten. Så de gode eksempler findes i det helt jordnære daglige personlige samarbejde.
- Vi kommunikerer let og ubesværet med hjemmeplejen. Skriver blot ud i det blå og kan regne med at relevant hjemmeplejeperson svarer
- Når man kan tale direkte med speciallægen på modtagende afdeling på sygehuset og måske afværge en indlæggelse. Kommunerne mangler læger at samarbejde med, de tror at regionen honorerer mig for at løse de kommunale lægeopgaver, hvilket ikke er tilfældet, og bliver fornærmet over at jeg ikke vil og kan være uhonoreret kommunallæge.
- Med sygehus fungere det generelt godt. Ved kommune er kontakten er problematisk, idet de overordrede sygeplejerske overlader kontakten til en SOSA - Ofte har de ikke kompetencer og viden, og der bruges unødvendig ressourcer hos lægeklinikken. Kommunen har mange administratorer der ikke helt ved hvad der foregår. Kontakten bør minimum forgå fra sygeplejerske til lægeklinik.
- Ofte god sparring med kolleger på sygehus
- Man kan altid kontakte kolleger på sygehuset mhp. sparring omkring patientbehandlingen
- Det er nemt at sende patienter i FAM. Diagnostisk center fungerer fantastisk godt. Hjerterafdelingen og organkirurgerne er nemme at få fat i og afviser ikke patienter selvom jeg er i tvivl. De lader titlen komme patienten til gode og forsøger ikke at tørre patienterne af på andre specialer.
- Nem og ukompliceret samarbejde med lokale akutteam og lokale hjemmesygeplejen.
- På langt de fleste områder.
- Samarbejde med akutsygeplejerske fra kommunen
- Har et udmærket samarbejde med Aalborg kommune og hospital. Bruger de enkelte hospitalsafdelinger. Træffetid mellem 14.00-15.00 indimellem.
- Akutte indlæggelser i Hjørring sygehus. Sammenarbejde med akutsygeplejen.
- Generelt godt samarbejde med Kommunerne
- Jeg henviste en patient til vurdering. Ved forundersøgelsen blev min patient og den behandlende læge enige om operation. Min patient følte ikke (bl.a. af sproglige årsager), at hun var orienteret nok omkring operation mm. Ved ny samtale dagen før operationen, blev det besluttet, at hun ikke skulle opereres, idet operatøren mente at der var nogle uafklarede forhold. Hun var ulykkelig over situationen og forløbet. Dagen efter blev hun kaldt til ny samtale ved en anden læge og det blev besluttet, at hun alligevel skulle tilbydes operation.
- Nem adgang til specialister på alle afd. på RHNH/F
- I vores praksis har vi 1 gang ugentligt besøg af personale fra det lokale plejehjem, hjemmesygeplejerske og demenskoordinator, samt 1 gang månedligt sundhedsplejersken. Det bedrer samarbejdet og opfanger tidligt de skrøbelige ældre og familier i området.
- Sundhedscenterets tilbud
- Personaleuddannelse på Regionshospital. Plejehjemslægeordningen
- Det fungerer godt - det må række...
- Aalborg kommunes hjemmeside meddeles sundhedstilbud er forbilledlig. Flere afdelinger svarer hurtigt og effektivt på korrespondance meddelelser.
- Palliation



- I det store og hele fungerer samarbejdet godt
- Tider afsat på hospitalet til telefonkonsultation på de forskellige afdelinger
- Generelt godt samarbejde med vires lokale sygehus hvor man altid kan konferere patienter med venlige kollegaer.
- Hobro Plejehjem, samarbejdsmodeller Sundhedscenter AMK god ide Pakke forløb
- Dialog m hjemmesygeplejen
- Det sker da tit!
- Som formand for lægelaug fungerer det fint bl.a. med deltagelse i projekter
- Dejligt med mulighed for korrespondancer med hospitalets speciallæger, hvor der ydes konkret rådgivning om specifikke problemstillinger. Kommunens akutsygeplejeteam fungerer godt.
- Glad for samarbejdet med hjemmeplejen.
- Samarbejde med hjemmesygeplejersker og sundhedssygeplejerskerne fx.
- Ok
- Mange afdelinger har oprettet "ringetoner" så man kan klare tvivlsspørgsmål i telefonen uden at forstyrre vagthavende. Den nye centrale visitation.
- Fungerer rimeligt generelt ud over nogle løbende problemer.
- Korrespondancemeddelelser med sygehuset i tilfælde hvor man har et spørgsmål men pt. ikke nødvendigvis skal henvises
- Det gør det oftest
- Ny AMA er god og nem at håndtere ved indlæggelse -telefon tid for samtale med overlevering er hos nogle afdelinger super og hos andre mangelfuld. - Epikrise ændringer med konklusion er godt. - Især hvis epikriserne kommer hurtigt. Kommune: akutteam i MFK er velfungerende med praksis. - Korrespondance er rimeligt, men kvaliteten af at sygeplejerske ser pt og er synlige højner kvaliteten i stedet for SOSA/hjælper. Dette kan mærkes og i de situationer er det med respekt og god kvalitet.
- Plejehjemslægeordningen. Den dog er i fare, da besøgene stiger, med fare for at sprænge paragraf 93

Hvor fungerer samarbejdet med kommuner og/eller hospitalerne mindre godt og hvad besværliggør samarbejdet? – Og har du/l evt. forslag til forbedringer (fx i relation til samarbejdet om visse patientgrupper)

- 1. Alt, alt for tidlige udskrivelser af sårbare borgere med akutte problemer. 2. Der gøres jo store indsatser for at holde folk ude af sygehuset. Hvis det skal lykkes må man etablere flere udgående funktioner til håndtering af sygehusopgaver, fx IV behandling, samt flere subakutte ambulante funktioner i intern medicin
- Manglende/forsinkede epikriser Afvisninger grundet kapacitetsproblemer Ikke aftalt opgaveglidning fra sekundær sektor til primær sektor M.m.
- FMK-korrespondancer med hjemmesygeplejen, håndkøbsmedicin, manglende epikriser fra sygehus (stadigvæk), mm.
- Manglende epikriser. Ligegyldige henvendelse eksempelvis indlæggelse.
- Fælles visitation er et unødvendigt og forkert mellemlid i visitation til afh. Oplever besværet visitation/henvisning til psykiatrien og dårligt overblik over tilbud samt dårlig kommunikation. Manglende epikriser etc. samt store krav til henvisninger
- Der er ofte rigtig lang ventetid på at få epikriser, og man skal bruge lang tid på at kontakte relevante afdelinger for at få epikrisen tilsendt. Indenfor psykiatrien bliver henvisninger afvist på stribe.
- Ved enkelte udskrivelser af patienter fra sygehuse.
- Udskrivelse af patienter til aflastning/rehabilitering i stor afstand fra praksis. Gerne telefoniks orientering ved udskrivelse af terminale patienter.
- Henvisninger til psykiatrien afvises for ofte.
- Rammen for brug af skriftlige korrespondancer i kommunalt regi.
- Visse afdelinger har lange ventetider på epikriser. Hjemmesygeplejen bør ene og alene kontakt til lægerne. SOSA er generelt for dårlige
- Det er umuligt at få samarbejde med kommunens PPR.
- Ikke aftalte opgaveglidninger, forhastede udskrivelser
- Mails fra kommunen under sygeplejeniveau. Ikke aftalte opgaveglidninger fra sygehuset (f.eks. afvisninger af henvisninger til neurokirurgi hvor MR scanning kræves inden). For mange for tidligt udskrevne patienter.

Patienter sendes fra sygehuset efter ambulant kontrol eller indlæggelse med beskeden "du skal få din egen læge til at henvise" - så kan de jo selv gøre det.

- I medicinsk ambulatorie i Farsø deltager flere specialer i udredning af pr patienten, hvorimod der kun er et speciale på Aalborg Sygehus, der kigger på patienten og på den måde går der lang tid med at få en patient udredt
- Samarbejdet med kommunen især på børneområdet og opfølgning hos psykisk syge som er afsluttet fra psykiatrien. Vi får i almen praksis ikke en status på forløbene og ofte kommer patienterne og giver udtryk for manglende kontinuitet.
- Kræftpakkeforløb
- Der skal ofte rykkes for epikriser, det er svært at være tovholder, hvis man ikke ved hvad der foregår i sekundær sektoren. For hurtige udskrivelser. Det er blevet mere besværligt at indlægge, efter fælles visitation via AMK.
- Epikriser
- Det er mindre godt når der bliver bygget sundhedshuse hvor dem der forventeligt skulle flytte ind i dem ikke har været med til at indrette dem, eller det ikke mangler i det område det bliver bygget i. Dårligt samarbejde, hvis man ikke forsøger at se tingene fra forskellige vinkler.
- Afvisning af henvisninger til psykiatrien, afslutning af patienter, som ikke burde afsluttes. Manglende epikriser ved udskrivelse - generelt. Svingende niveau af kommunale sygeplejersker og social og sundhedsassistenter
- Håbløs kontakt til visse andre afdelinger. Det virker som om der er store kulturforskelle. Det ville i øvrigt være godt hvis omstillingen på sygehuset blev oprustet, så de fx ved hvilke kontorer der har åbent hvornår, og kan vejlede os om hvordan vi får fat på den funktion vi behøver, fx når et patientforløb er gået af sporet og praktikus må i gang med at få det på sporet igen. Omstillingen stiller gerne om til lukkede telefoner osv. for de har ikke ressourcer til at vide noget, siger de.
- Henvisninger afvises. Mange kontakter fra fx SOSU personale fra plejehjem hvor der kunne være taget kontakt til hjemmesygeplejen.
- Bedre svartider på korrespondancer og forespørgsler Hurtigere epikriser Medicinbestilling via behandlende afdeling
- Psykiatriens henvisningsvisitation er meget kritisabel. Man har sygeplejerske [redacted] ansat til at ringe tilbage for at forsøge at få den praktiserende læge til at trække henvisningen tilbage. Det forekommer ikke at en henvisning accepteres uden telefonisk kontakt selvom oplysningerne står i henvisningen. Der gøres alt for ikke at se patienter selvom alle faglige anbefalinger siger det modsatte i de givne situationer. Eksempelvis diagnostisk uafklarede unge. Den privatpraktiserende psykiatriskand kan ikke løfte opgaven alene.
- Vi indlægger patienten pga. en konkret problemstilling, som vi beskriver i indlægsbrevet og forklarer visiterende sygeplejerske. Patienten bliver behandlet på sygehuset på den måde, så man kunne tro, at indlæggelsesbrevet slet ikke var blevet læst. Og patienten udskrives alt for hurtigt i nogenlunde samme sølle tilstand uden at der er aftalt noget med hjemmeplejen, og uden af FMK er ajourført og uden at vi får udskrivningskort med oplysninger før mange dage senere.
- Hospitalerne svarer ofte ikke eller meget sent. Ambulatorierne informerer ofte ikke patienterne om konklusion på udredning, der stilles for mange "ikke diagnoser", du har ikke f.eks. sklerose, din skanning er normal, men hvad patienten så fejler giver man ikke et bud på, så står de hos os dagen efter og vi må ofte henvise et nyt sted hen, det er dyrt og utilfredsstillende.
- Både sygehuse og kommuner løfter ikke deres behandlingsansvar og henviser opgaverne til almen praksis.
- Samme livstestamente /ved hjertestop hvor SOSA blot bestiller besøg straks. Bestiller demens udredning hos vikar, hvor de godt selv kan kontakte demenssygeplejersker i kommunen for viden og opstart.
- Kommunale attester hvor der bedes om udtalelser som ikke kan besvares med den præcision der ønskes.
- Det er generelt svært at få fat i sagsbehandlere i kommunen omkring en fælles patient
- PPR har til tider 1,5 års ventetid. Mange af de problemer, der skulle håndteres der, ender i AP, hvor vi ikke kan gøre meget andet end at henvise til psykiatrien og få henvisningen afvist eller sende en underretning til kommunen. Begge dele spilder magen kostbar tid. Det er svært at få patienter vurderet ved urologer. Aalborg henviser til Frederikshavn, Frederikshavn henviser til Ålborg. Det er noget nær umuligt at få en hurtig undersøgelse hos radiologerne. Det betyder konkret at mange af patienterne med sundhedsforsikring bliver undersøgt på privathospital, mens de knap så ressourcestærke igen ender hos egen læge. I to konkrete tilfælde er patienten blevet så dårlige, så en indlæggelse akut blev løsningen. Kravene til henvisninger i form af de undersøgelser, der kræves inden og afgrænsninger af patientgrupper, de enkelte afdelinger ønsker, gør at enkelte patienter -de svært syge- faktisk kun kan vurderes via diagnostisk center, der til gengæld tager alt og er meget fagligt dygtige. Psykiatrien afslutter hurtigt patienter og bostederne har varierende psykiatere og konsulenter ansat. Der er ingen skriftlig kommunikation til egen læge og det er meget svært som egen læge at gennemskue, hvorfor patienterne bliver sat op i medicin, får ændret medicin mm. Patientsikkerhedsmæssigt er det en katastrofe.
- Når kommune har urealistiske forventninger til hvilke arbejdsopgaver vi lige kan hjælpe med. Har meget at bruge min tid på i forvejen. Henvisninger til sygehuset der afvises af svært syge patienter, som ikke altid passer

- i et bestemt pakkeforløb pga. multisygdom. Patienter, der udskrives eller afsluttes for tidligt til almen praksis. Epikriser fra akutmodtagelsen, der pt er 4-6 uger forsinkede og ofte indeholder noget vi skal følge op på.
- Kommunikation, overgange.
 - Indlæggelser er meget mere tidsrøvende efter visitation gennem AMK. Dårlig kommunikationsvej til vores kommunale samarbejdspartnere
 - PPR Brønderslev er ikke eksisterende. Forbedring kunne være, at børn i PPR regi skulle udløse per automatik info og samarbejde med alm. praksis. Sygehus ambulatorier skulle skrive deres egne recepter og påføre slutdato. Aftalte kontrolinterval skulle overholdes uden at undertegnet er nødt til at rykke.
 - Opgaver uddelegeres til os fra sygehuset ved udskrivelse, selv om det er en sygehusopgave
 - Jeg ved godt, at det nye system med hospitalsvisitation er nyt og skal indkøres, men det er frustrerende mht. indlæggelse af børn, at man skal bruge tid på at komme igennem til visitorator for straks at skulle tale med pædiatrisk forvagt. Det er en unødvendig omvej.
 - Alt for mange korrespondancer med hjemmeplejen, specielt med bagateller omkring medicin/håndkøbspræparater.
 - For hurtige udskrivelser uden epikrise, der sikrer god overdragelse af ansvar. At de dårligste patienter afsluttes fra sygehusambulatorier "når der ikke kan gøres mere" til almen praksis- en opgave vi ikke er rustet til.
 - Svært at samarbejde med børnefamilieafdelingen dels pga. manglende mulighed for elektronisk kommunikation og dels pga. kommunens manglende mulighed/ønske? om at dele oplysninger til barnets bedste
 - Når man som rutineret læge står med en indlæggelseskrævende patient som man ikke kan få indlagt - hvis jeg skal formulere det meget bredt
 - Det er yderst problematisk at der er så lang ventetid på PPR udredninger af børn. Der er brug for krav til kommunerne om udredningsgarantier ligesom der er i hospitalsregi.
 - Kommunal genoptræning
 - Alt for meget dokumentation. For lidt tillid
 - Jeg synes visitationsprocessen ved indlæggelse kører meget tungt og usystematisk
 - Ventetider neurologisk, reumatologisk, psykiatrien Sygepleje amb. følger generelt ikke ordentligt op på patienterne, henviser med opgaver til egen læge Manglende smertebehandling efter operationer, særligt fra afd. A
 - Psykiatrien modtager ikke henviste pt i tilstrækkelig grad
 - F.eks. fællesvisitation, der ikke er så fælles endda.
 - Manglende epikriser. Når henvisningen ikke læses på sygehuset. (Vores uddannelseslæger fortæller at henvisningerne er meget besværlige at tilgå i modtagelsen, og derfor ikke altid bliver læst ??!!)
 - Forbedret mulighed for kontakt. Eks. korrespondance mail til special afd. besvares ikke før der har været rykket
 - Ja STPS og den skræk i har skabt i hele sundhedsvæsnet er sygt og har skabt en tungt dyrt system. F.eks. talrige henvendelser om hvorvidt panodil er p.n. el fast.
 - Kommunens chikane af byens læger, grundløst anmeldt til styrelsen for patientsikkerhed 3 x på en uge, måtte lukke klinik for at stå skoleret i Randers og efterfølgende pga. kommunal og øvrige belastninger pådraget mig en blodprop i hjertet og efterfølgende atrieflimmer. Familien synes ikke længere det er værd at kæmpe i mod det Djøf styrede system mere. Det er for farligt for patienterne og lægernes egen sikkerhed i region Nord. til styrelsen for patientsikkerhed
 - - For hurtig udskrivelse
 - Manglende epikriser både i lægevagten og i praksis
 - Mangel på ansatte sygeplejersker på plejehjem giver en masse ekstra arbejde til os
 - Visitationen er inkompetent og spilder vores tid fordi de ikke kan finde ud af at visitere
 - Der skal være direkte adgang elektronisk til den afdeling som normal får læ-165 på papir og der skal være en ydelse for den! Flere korrespondancer på samme patient. På en dag skal kunne afregnes pr stk. og ikke kun 1 om dagen! Vi skal direkte adgang til journaler, scanningssvar m.m. fra sygehusene så vi undgår genindlæggelser .. Og mange flere ting!
 - Ok
 - Lange ventetider. Ventetid på epikriser
 - Krav om div. "ligegyldige" FMK-opdateringer fra kommunen, krav om dokumentation ift. genoplivning, støttestrømper og alt muligt anden, primært fordi man bruger SSA/SSH og ikke sygeplejersker i kontakten til praksis. Det giver en del spildtid... Når sygehus sender alle mulige opgaver til egen læge, som ikke er relevante (med andre ord: når de ikke "rydder op efter sig selv" eller når de fortæller patienterne, hvad vi skal gøre (egen læge bedes henvise pt til smerteklinikken osv...)) Visse dage kan man bruge underligt meget tid på at ringe til afdelinger for at høre hvad planen er med en ambulant patient, der afventer en ny undersøgelse osv. hvor det hele er ved at falde sammen omkring patienten, men svaret blot er at "patienten hører fra os når vi har svar..." hvilket jo ofte desværre ender med en akut indlæggelse...
 - Kommune: Når ledende sygeplejerske laver egne retningslinier som ikke er tilpasset praksis. Så bliver det firkantet. Ex. er genoplivningsplaner. Ex. FMK opdateringer på håndkøb. Ex. pn medicin. Ex. når SOSA bestiller akut besøg, uden at pt. bliver vurderet af sygeplejerske.



Hospitaler: mangler epikriser, og langsomme epikriser. Mangelfulde overlevering til sygeplejerske går ud over praksis. Nogle afdelinger har ikke respekt for hvad der foregår i praksis. - Når D Kommu

Hvilke opgaver vil hensigtsmæssigt kunne flyttes og hvordan?

- Flyt ikke mere nu! Få først det eksisterende til at virke. For Guds skyld!
- Involvering (via attester) når beslutning om hjælpemidler til borgere skal vurderes. Bleer, støttestrømper? DM udstyr mm. Sådanne attester bør ikke være nødvendige. Kommunen har allerede kompetente medarbejdere til at tage beslutninger derom.
- KOL, DM opfølgning til kommunen
- Mindre attest arbejde. Dvs. ændring i kommunernes arbejdsmetode. Vi kun tage flere ukomplicerede patienter fra alle ambulatorier.
- I øjeblikket har man travlt med at flytte så mange opgaver over til almen praksis som muligt. Jeg mener at man bør vente til at lægedækningen er bedre. Almen praksis i yderområderne er under voldsomt pres i disse år. Så hvorfor have så travlt med at almen praksis skal overtage de mange kronikere på hospitalsambulatorierne?
- Øge antallet af privatpraktiserende speciallæger
- Alt
- Henvisning til fysioterapi kan afskaffes Løft af socialpsykiatrien Flere tilbud til socialt udsatte Hvorfor skal jeg lave statusattester på blebevilling på plejehjemsbeboere? Eller ansøgning om cykel med 3 hjul eller el-scooter? Sygehuset flytter rask væk opgaver til almen praksis, som ikke er aftalt - de er flere læger end os. De er blevet flere og vi er færre
- Komplicerede pt fx svære KOL og DM pt bliver afsluttet fra stamafdeling og burde ses af speciallæger.
- Sygehusafdelingerne bør selv kunne betjene mobillab så vi ikke skal bestille prøver for sygehuset. Plejehjem bør selv kunne bestille medicin på apoteket uden at involvere praksis når pt har flergangsrecept. Jeg kunne godt bruge en mulighed for patienttransport til almen praksis. Det ville spare sygebesøg og dermed på praktiserende lægetid. Jeg kunne nok nævne en del - men dette spørgeskema er uhensigtsmæssigt ift. faktisk plads til at skrive noget. Man kan se 4 ord og 2 linjer i skrivefeltet. Vil man helst ikke vi skriver så meget?
- Udsigtsløs behandling som kunne afskaffes og basal behandling, som kunne udflyttes til almen praksis. Det har jeg sagt i flere år. Giv de praktiserende læger dobbelt så meget så de kan rekruttere til det dobbelte antal, svarende til 2x2x8 mia., og giv dem autoritet til at sige nej de forkælede parcelhusdanskere og lære dem at leve og dø som krigere, så kunne der minimum skæres 1/3 af sekundærsektoren svarende til 50 mia. Allerede der ville der være 18 mia. staten kunne lade være at plyndre borgerne for, som de så kunne anvende til at holde mere fri og være sammen med deres børn og passe deres ældre, hvilket igen ville reducere sygdomsskabelse og spare flere penge. De eneste der ville være kede af det var YL og FAS og DSR.
- Hjemmeplejen skal selv kunne kontakte mobillab mhp. tid når de er bestilt af lægen Hjemmeplejen skal kunne håndterer flergangsrecepter
- Hvis kommunerne havde samme behandlingsgaranti som sygehusvæsenet, ville en del af de børn, der mistrives ikke blive til kastebold mellem egen læge og kommune.
- Mange. Almen praksis bør ligesom alle andre have ret til at sige "ikke vores område", det må andre tage sig af, så vi ikke bare bliver en skraldespand for alle andre.
- At vi ikke skal inddrages i diverse bevillinger eks. bleer, støttestrømper osv.
- Stressramte personer skulle gerne få tilbud med lægefaglig opbakning i kommune regi fx. misbrugscenter. Nedsat egenbetaling til fysioterapeut og psykolog via kommune. Forbedret adgang til mentor ordning både til unge og demente.
- Mulighed for honorering af hgbA1c i almen praksis vil smidiggøre diabetikernes behandlingsforløb.
- Mere fælleshåndtering af problempatienter: shared care, supervision evt. suppleret med videosupervision
- Forebyggelseskonsultationer kan sikkert effektivt løses i kommunalt regi
- Mindre bureaukrati, skrivebordsarbejde
- Kan ikke besvares så kort
- Attester tilbage til kommunen
- Børnepsykiatri mere opfølgning til kommunerne, evt. ADHD pt følges i skolerne. Sårpleje til kommunerne
- Alle opgaver, der ikke kræver lægelig viden, men som bare er havnet hos "egen læge" uden nærmere omtanke. Fx "grønne recepter" en masse attester osv.
- Regionen må meget gerne nedlægges. De ønsker jo og forstår ikke at almen praksis er en "billig" løsning. Tror de fleste AP føler at regionen helst ser os lukket og så vil regionen selv drive AP. Held og lykke med det.
- Alle de fejlbehandlinger og misforståelser vi skal rette og dække over i hospitalssystemet tilbage i hospitalsvæsenet. Forbyde sætningen "patienten tilhører ikke vores målgruppe" i Region Nords sundhedsvæsen. Lukke styrelsen for patientsikkerhed og regionerne samtidigt, så man igen tager imod

lægefaglig rådgivning som i Israel, Norge, Sverige mfl. som også beskrevet af min broder for nyligt (professor Jens Søndergaard Odense).

- Se mine tidligere kommentar
- Slette henvisning til fysioterapeut, i stedet give området retningslinjer for primær adgang til fysioterapeut
- Der mangler en form for geriatrisk medicinsk akutsygehus, hvor ældre patienter kan indlægges til behandling af deres ofte mange konkurrerede kroniske lidelser, men som ikke kan varetages i kommunalt regi eller almen praksis, da patienten er akut dårlig og indlæggelseskrævende. De højt specialiserede sygehusafdelinger er ikke klædt på til disse multisyge patienter.
- Centre som Nordkraft kunne tage sig af alle rygestop behandlinger og vægt ktr.
- Rigtig mange opgaver og kontroller hvor man forud kan give opskrift til praksis. Dette fordrer dog at man hurtigt har mulighed for at henvise til ny vurdering. (Alt for lang ventetid for vurderinger i dag i ambulatorier) Det kunne blive godt også for pt.

I hvilke situationer, kan henvisningsmulighederne forbedres?

- 1. Jeg vil gerne have den subakutte kardiologi i Thisted tilbage
- 2. Endnu mere adgang til billeddiagnostik. Specifik MR ud over ryg og knæ.
- 3. Akut kirurgi til Thisted!!! Det skal løses! Det er en skamlet på danmarkskortet og et graverende eksempel på ulighed i sundhed.
- Henvisningsmuligheder til mange afdelinger. Oplever i tiltagende grad at relevante henvisninger afvises pga. kapacitetsproblemer eller på små fodfejl ifa. mangel på irrelevante bioplysninger. Især Psykiatrien kan være svær at danse med.
- I visse situationer kunne det være ønskværdigt at have adgang til henvisning til diætist eller ergoterapeut.
- På mange områder: reumatologi, neurologi, psykiatri, fysiurgisk.
- Hudlæge, for lang ventetid. Neurolog, for lang ventetid. Psykiater, for lang ventetid. U hensigtsmæssig afvisning af henvisning til sygehus afd, mest udtalt i psykiatrien og neurologen.
- Psykiatrien generelt
- Psykiatrien.
- Reumatologi og børne/unge psykiatri
- Psykiatrien især
- Reumatologi halter meget.
- Demens arbejdet er for tungt
- Bedre kapacitet i psykiatrien og ved speciallæger
- Det er for svært at henvise til neurologisk afdeling, så nordjyske patienter kan få glæde af udredningsgarantien.
- Se tidligere
- Lang ventetid ved mange speciallæger (hudlæge, psykiater, øjenlæge) og psykologer
- Øjenlæger/hudlæger/psykologer har al for lang ventetid
- Der er ganske mange specialer hvor henvisninger bliver afvist, med besked om at det hører hjemme i privat praksis, som bare ikke har kapaciteten.
- Især psykiatrien som afviser en stor del af henvisningerne, det gør at pt ikke kan bruge venteliste garantien da de er blevet afvist.
- Fysioterapihenvisninger Genhenvisninger til fx hudlæge mm til fortsat behandling
- Fysioterapi behandling uden lægens erklæring
- Vi savner discusambulatoriet. Rygpatienter cirkulerer mellem de relevante afdelinger, som tilsyneladende ikke kender forløbsplanen. Den er også meget svær at lære, reumatologer vil ikke have MR scanning, ortopæd vil absolut. Dvs når man henv. til reuma, og de omvisiterer til orto, så får man en afvisning fra orto fordi MR scanning først skal foreligge. Jeg vil også gerne anbefale at hvis vi laver en henvisning, og afdelingen vurderer at den ikke er relevant/der mangler noget/nogen andre skal have den, så skal afvisende afdeling SELV sørge for at give pt besked om at kontakte e.l. Patienten går jo og venter på en indkaldelse, og kan ikke vide at den er blevet afvist
- Psykiatrien som nævnt. Ambulant EKKO som en mulighed.
- God ide med sårcentre, rygcentre, kunne udbygges med dyspnæ centre, svimmelhedscentre mv, det giver færre forløb for patienterne og forpligter ambulatorier til at komme til bunds i problemerne frem for blot at konkludere at de ikke finder noget
- Afskaf at praktiserende læger skal skrive indlæggelsesjournalen i henvisningen. Vi henviser kun, når vi ikke har andet valg, og så skal sygehusene bare tage fra, så vi kan komme videre til næste patient. Vi løser 90% af kontakterne uden henvisning. Vi kan kun passe digerne, hvis vi ikke også skal pløje markerne. Desuden er der

over 17000 hospitalslæger og kun godt 3000 praktiserende læger. Sygehuslægerne må passe deres eget arbejde.

- Mulighed for psykiatrisk sub-akut vurdering
- Generelt indenfor psykiatrien
- Der mangler et sted for de subakutte, der er dårlige nok til de skal indlægges og have hjælp til alt, men for gode til at blive indlagt akut kl. 12 fredag. Der mangler en mulighed for at få de patienter set af kompetente læger, uden at man skal gå og vente på de bliver dårlige nok til en akut indlæggelse.
- Psykiatri Rheumatologi
- Talrige. Samarbejdspartnere bruger megen tid på at afvise, ofte ville det mindre ressourcekrævende at kalde pt. ind til en vurdering!
- Når man kan indlægge direkte læge til læge, det forkorter arbejdsgangen og information om patient når rette vedkommende
- Ventetid speciallæger og ambulatorier
- Større mulighed for subakut henvisning
- Psykiatrien afviser mange henvisninger, med den er jo presset voldsomt. Vi skal efterhånden lave en hel indlæggelsesjournal til mange afd. "Den gode henvisning" Pga. tidnød bliver meget kopier af journalnotater og det er ikke hensigtsmæssigt.
- Der burde være bedre mulighed for henvisning af patienter med stress til psykolog- en patientgruppe, der tager mange ressourcer fra almen praksis uden at vi som sådan har færdigheder/behandlingsmuligheder, der er specifikke for almen praksis.
- Visitationen til psykiatrien kan formentlig forbedres ved et samarbejde som det de er set i demensklubben
- Vi skal arbejde målrettet på at forbedre mulighed og udnyttelse af subakutte vurderinger - også i psykiatrien
- Kolleger skal ikke kunne afvise henvisninger
- Tillid til indlæggende læge
- Generelt er det problematisk at henvise psykiatriske patienter som samtidig har et misbrug.
- Psykiatria minor, hurtig vurdering og evt. plan, ikke nødvendigvis forløb. Mere kapacitet på højere niveau end sygeplejersker på reumatologisk afdeling og neurologisk afdeling
- Psykiatrien særligt de sygeste pt der har sværest ved at opsøge hjælpen selv
- Jeg har for nylig haft en patient, hvor der var mistanke om, at han har lungefibrose, og i den forbindelse forsøgte jeg at henvise til en HRCT, men jeg fik blot min henvisning retur med besked om, at det kan praktiserende læger ikke henvise til. Jeg vil derfor opfordre til, at vi får mulighed for at henvise til alle undersøgelser, når det er relevant. Det skal ikke være mit speciale, der gør, at jeg ikke kan henvise til visse ting. Vi må huske på, at praktiserende læger OGSÅ er speciallæger
- Fx misbrugere. Psykiatriske patienter, der ikke er akut indlæggelseskrævende
- Det er svært at få patienterne set af en neurolog.
- Alle afdelinger i dag kører deres eget udskilningsløb med talrige restriktion i forhold hvordan vi kan henvise, og følger man ikke de mere eller mindre skjulte retningslinjer afvises patienten. Til gengæld er eks. ortopædkirurgi ikke bleg for at lade egen læge på forhånd lave sikre patienten medicin til efter udskrivelse
- AMK - en tidsrøver. Der er ingen faglig sparring og læring mellem læger/fagfolk. Et tåbeligt "mellemlid" Bedre mulighed for subakutte forløb.
- Fjerne de mange afslag med samme ordlyd "tilhører ikke målgruppen", fjerne de mange restriktioner som hindrer henvisning til sekundærsektoren (er nu afskaffet igen i Norge, Sverige, England og Island). De har nu karakter af en generel helbredsattest som ingen praktiserende læger har tid til og ej heller får honorering for. Fjerne §88 loften som hindrer enhver udvikling i almen praksis og presser de selvstændige læger til Sverige, Norge og England. Fjerne de fortsatte chikanerier fra regioner, Styrelsen for Patientsikkerhed og kommuner mod almen praksis. Har selv for nyligt fået udløst en blodprop i hjertet af dette. Har derfor også været nødsaget til at afslutte alle de faglige aktiviteter jeg har haft pr 1/7-19 som omhandler læger på toppen, fase 4 projektet, kvalitetsprojekter, idrætslægeaktiviteter, ultralydsscanninger og meget mere i region Nord samt til Frederikshavn kommune. Rekrutteringsforsøget i kommunen således også afsluttet samt tutorlægefunktion og modtagelse af studenter. Afslutter også deltagelse i vagtudvalget og nedtrapper antallet af lægevagter til det mindst mulige, dette trods lægemanglen.
- Kroniske smerter
- Central visitation til specialer, så vi ikke skal sende til kardiolog, gynækolog i Hobro separat
- Der er alt for lang ventetid på behandling hos speciallæger bl.a. hudlæge, øjenlæge. Alt for lidt fokus på psykisk sygdom, for få henvisningsmuligheder til psykolog, og lange ventetider på ca. 1/2 år. Visse afdelinger på sygehusene har ligeledes urimelig lange ventetider for behandling, bl.a. neurologisk, kardiologisk, lungemedicinsk. Reumatologisk afdeling, psykiatrien afviser mange henvisninger. Abdominalkirurgisk har jeg oplevet afvise mange pakkehenvvisninger, til stor frustration, genhenvisning og diskussion.
- Der er nogle afdelinger der er næsten fuldstændig lukkede for henvisninger. Alle praksis ved hvilke.
- At man ikke behøver at have skrevet en fuld journal som visse afdelinger nærmest kræver



I hvilke tilfælde/situationer mangler der klarhed omkring, hvem der har behandleransvaret for patienten?

- Ofte. Det kan tit være uklart hvem der har ansvaret for de enkelte præparater pt. får. Det er meget ønskværdigt hvis der i FMK kunne anføres behandlingsansvarlige læge.
- Typisk ved flere samtidige forløb i hospitals sektoren
- Værst oplever vi at ambulatorierne har svært ved at påtage sig receptfornyelser af medikamenter, som kontrolleres af dem, uden at vi hårdnakket står fast på at det qua loven er den behandlingsansvarlige læge, der skal stå for receptfornyelsen.
- Når sygehusafdelinger er startet op på nyt medicin og ikke har meddelt os 'strategi'
- Bl.a. psykiatriske pt tilknyttet psykiatrien ambulant
- Sektorovergange. Ambulante forløb hvor pt har forventning om at vi udskriver recept selvom de udelukkende følges i sygehusregi.
- Ofte oplever man at det er almen praksis der skal give svar på prøver bestilt af sygehusafdelinger. Genbestilling af medicin fra ambulatorier forstår patienten ikke de skal gøre via ambulatoriet
- Ved udskrivelse til rehabiliteringspladser.
- I tilfælde af at der mangler epikrise/afslutningsnotat. Mange afdelinger fornyr ikke recepter på det de har ansvar for. Når patienterne henvender sig i praksis, brugers der tid på at finde ud af hvem har ansvaret og afvise recepten, samt anviser hvor den skal fornyes.
- Jeg tror ikke nødvendigvis at jeg er usikker på behandlingsansvaret. Nok nærmere usikker på om der er enighed om det når flere læger og sektorer er involveret.
- Sygehuset er ikke altid deres ansvar bevidst. Ringer mere til os ved uklarhed om udredninger
- Næsten ved alle patienter, som kontrolleres i et ambulatorium.
- Fornyelse og tilskudsansøgning af medicin.
- Receptfornyelse
- Ved uklare eller manglende epikriser
- Multimorbiditet
- Svært at forklare akut plads og hjem skriv til plejehjem
- Psykiatriske patienter. Følges af sygeplejersker i psykiatrisk ambulatorie, men forsøger at få recept i almen praksis Smerteklinikken Neurologerne i Aalborg øver jeg også i at lave egne recepter
- Efter udskrivelse og hvis patienten følges ambulant på en afdeling giver det let uenighed om hvem der forestår medicin fornyelse el opfølgning på iværksat behandling
- Kæmpe problem at ordinerende læge på f.eks. psykiatri, reumatologi eller neurologi ordinerer, men ikke sørger for at skrive recepter så pt har nok frem til næste lægekontakt. Så bliver vi bedt om lige at hjælpe lidt, og når vi siger fra er vi dumme. Når vi ikke siger fra, men hjælper til, så opstår alle mulige fejl, fordi pt skal være budbringer ml lægerne. Ordinerende læge skal skrive recepterne, frem til at behandlingen afsluttes til e.l. med fyldestgørende epikrise.
- Receptfornyelser hos pt der bliver fulgt i ambulatorier eller hos speciallæger. Epikriser kan være mangelfulde eller mangle. Ventetid på epikriser.
- Jeg svarer nej her, fordi jeg eller ikke får mulighed for at kommentere: Jeg kender reglerne og er altid klar over hvem der har ansvaret. Problemet er, at lægerne på sygehuset ikke får gjort sig ansvaret helt klart, men kan finde på at udskrive patienter uden at opdatere FMK og uden at bemærket at patienterne får dosisdispenseret medicin og uden at sørge for at apoteket, hjemmeplejen og vi får besked om medicinændringer.
- Til tider ved udskrivelse fra sygehus.
- Når palliativt team ordinerer stærk medicin, men ofte kun har en sygeplejerske i vagt. Der forventes det egen læge så skal kontaktes (af patienten) mhp. receptfornyelse. Når sygehuslæger ordinerer medicin og henviser til egen læge for tilskudsansøgning. Når der ordineres medicin i psykiatrien og patienten afsluttes. Alle de børn der får Ritalin og afsluttes til egen læge til trods for det er angivet at behandling med psykoaktive stoffer til børn er en specialistopgave. Heroppe er det helt vanligt at egen læge står for helt unge børns medicinering.
- Udskrivelse til akutpladser på plejehjem. Jeg mener det er udskrivelse afdeling, men personalet på akutpladser kan stort set aldrig komme i kontakt med læge på udskrivelse afdeling.
- Sektorovergange. Ambulatorier sgh. Praktiserende speciallæger.
- Det er ofte, at kollegerne godt kan glemme deres.
- Fra sygehusets side, specielt vedr. receptudskrivelse
- Der kan være problemer i forbindelse med recept fornyelse af patienter der går i et ambulatorium (ambulatorie ordineret medicin).



- F.eks. når pt afsluttes fra sygehus til AP, hvor sygehusets læger anfører en foreslået behandling udført af lægen i almen praksis. Hvis behandlingen ikke er den rigtige, men opgaven i øvrigt udføres korrekt. Hvem har så ansvaret for den iværksatte behandling? Det sker hyppigere og hyppigere!
- Ved afslutning af forløb i ambulatorier/ efter indlæggelse, hvor der ikke foreligger epikrise
- Når patienten fortsat er tilknyttet et ambulatorium, er det ikke egen læge der skal varetage receptfornyelse af patientens medicin, som er ordineret af ambulatoriet. Dette glemmer ambulatorierne ofte og hjemmeplejen er ligeledes ikke helt klar over reglerne
- Ambulatorier som følger patienten, men ikke foretager receptudstedelse. Udskrivelser - især op til weekender - uden rettidig behandlingsplan til læge og kun ufuldstændigt beskrevet i plejeforløbsplaner
- Efter udskrivelsen
- Eks pt som har et åbent ambulant forløb på sygehuset. Eks for nylig hvor en pt havde fået lavet urindyrkning på foranledning af sygehusafdeling og pt ringede til os for at få behandling efter kontakt med amb.
- Ofte uklare og alt for sene epikriser. Særligt ved overflyttelse til akuttibud eller aflastning vigtigt med tydelig plan og behandlings ansvar
- Det er blevet bedre, men mange hospitalslæger er ikke helt klar over, at de har ansvaret!
- F.eks. i de situationer hvor kommune/privat aktør har ansat konsulenter, som beder om at egen læge udskriver den medicin de har ordineret
- Især mangler der løbende notater fra psykiatrien for patienter der går ambulant der. Patienterne henvender sig ofte til os vedrørende receptfornyelser og giver udtryk for at det er svært at komme i kontakt med psykiatrien for receptfornyelse, hvor vi mangler epikriser og behandlingsplaner.
- Cannabis-ADHD medicin- m.v.
- Hvis patienten stadig følges ambulant på afdelingen, især oplevelser med onkologisk afdeling, da bliver vi som praktiserende læger ofte bedt om medicinordination til trods for patienten er opstartet og stadig følges på onkologisk afdeling.
- Akutpladserne i Aalborg.
- f. ex. i psykiatrisk regi er vi nødt til at ordinere psykopharmaka til patienter som er behandlet hos psykiaterne.
- Pt. i ambulante forløb - især fra psykiatrien, da de ikke er så skrappe til at sende løbende meldinger om deres ambulante forløb