

Redegørelse for forhandlingsaftalen af 19. juni 2021 mellem RLTN og PLO

INDHOLD

1. Ulighed i sundhed – sårbare børn, psykisk syge og beboere på botilbud	2
2. Rekruttering, trivsel, fastholdelse og lægens tilstedeværelse i praksis	5
3. Udviklingsspor om multisygdom	7
4. Plejehjemslæger, kommunale akutfunktioner og sundhedsfaglig kommunikation ...	9
5. Lægevagt	11
6. Videoløsninger og aftalt telefonkonsultation.....	12
7. Effektiv populationsomsorg	14
8. Digitalisering og data	15
9. Forsøgsordning om klinisk ultralyd	16
10. Kvalitet, efteruddannelse og forskning	16
11. Cyber- og informationssikkerhed	19
12. Samtaleterapi, højestegrænser, forløbsplaner m.m.....	19
13. Økonomiprotokollat og aftalens økonomi	22
14. Ikrafttræden	23

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: 3544 8477
E-mail: plo@DADL.DK
www.plo.dk

Indledning

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og PLO indgik den 19. juni 2021 en treårig forhandlingsaftale om vilkårene i almen praksis. Aftalen indebærer, at en ny Overenskomst for almen praksis kan træde i kraft den 1. januar 2022. Parterne er enige om, at næste forhandling af aftalen på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2025.

Denne redegørelse indeholder en nærmere beskrivelse af forhandlingsaftalen. Alle honorarer er angivet i april 2021-niveau.

1. ULIGHED I SUNDHED – SÅRBARE BØRN, PSYKISK SYGE OG BEBOERE PÅ BOTILBUD

1.1. Styrket indsats for sårbare børn

For at mindske ulighed i sundhed for børn og deres familier er parterne enige om at styrke almen praksis' indsats for sårbare børn og deres familie i form af følgende initiativer:

Opsøgende indsats i forhold til børneundersøgelser

Almen praksis finder – på baggrund af opgørelser fra regionerne og data i klinikken – de børn/familier, hvor børn i alderen 1 til 5 år ikke er set til en eller flere børneundersøgelser, og kontakter relevante udeblevne familier. Familier, hvor der ikke findes at være indikationer på særlige forhold eller manglende ressourcer, tilbydes en almindelig børneundersøgelse. Til familier, hvor den manglende børneundersøgelse antages at skyldes mangel på ressourcer m.v., tilbydes barnet/familien en børneundersøgelse samt en konsulterende samtale i direkte tilknytning til børneundersøgelsen.

Det anslås, at ca. 50.000 børn/familier skal kontaktes i 2022/2023. Af disse vil halvdelen forventes at være i målgruppen for en børneundersøgelse med konsulterende samtale. Fra 2024 forventes antallet af børn/familier, som udebliver, at falde, hvorfor ca. 40.000 børn/familier skal kontaktes årligt, hvoraf ca. 20.000 af disse er i målgruppen for børneundersøgelse med konsulterende samtale.

Den konsulterende samtale, som ydes i *tillæg* til børneundersøgelsen, honoreres i henhold til overenskomsten med 312,82 kr. Det er forventningen, at der gennemføres ca. 45.000 ydelser i overenskomstperioden, hvilket svarer til ca. 13 samtaler pr. kapacitet. Når aftalen er fuldt implementeret, er det forventningen, at det svarer til ca. 6 ydelser pr. kapacitet pr. år.

Der afregnes ikke særskilt honorar for den opsøgende kontakt til familien.

Styrket kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje

Det skal være muligt at kommunikere elektronisk mellem de praktiserende læger og sundhedsplejen med henblik på styrket koordinationen, hvor det ikke er relevant at foretage en egentlig underretning, men hvor sundhedsplejen evt. vil kunne yde støtte og hjælpe barnet/familien videre.

Parterne er enige om, at det i overenskomstperioden afsøges, om der kan etableres en elektronisk kommunikation mellem almen praksis og kommunernes pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR).

1.2. Sundhedstjek til beboere på botilbud

For at reducere uligheden i sundhed blandt personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud, er parterne enige om at indføre et sundhedstjek, som har til formål at forebygge og evt. behandle somatiske sygdomme for personer, som opholder sig på botilbud. Alle praktiserende læger forpligtes til at indgå i den styrkede indsats ved at tilbyde sundhedstjek til personer i målgruppen på 18 år eller derover. Det er forventningen, at målgruppen for sundhedstjek er ca. 25.000 personer. Sundhedstjekket gennemføres i udgangspunktet hvert andet år.

Sundhedstjekket ydes på botilbuddet og indeholder i korte træk:

- Afdækning af patientens forhold inkl. introduktion til lægens rolle som tovholder.
- Helbredsundersøgelse, vurdering af somatiske sygdomme og ev. laboratorieyndelser.
- Status på eksisterende behandling, inkl. evt. ajourføring og gennemgang af medicin.
- Udarbejdelse af en aftale/plan, inkl. evt. forebyggende indsats.
- Orientering af pårørende m.fl.

Praksispersonalet kan indgå i dele af den samlede opgave. Selve helbredsundersøgelsen og helbreds-vurderingen samt gennemgang af eksisterende behandling sker ved lægen.

Ydelsen *Sundhedstjek til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud*, udgør 1.412,77 kr. Dertil tillægges tidsforbrug ved transport og evt. kørselsgodtgørelse. Ydelsen afregnes uden for KOL og/eller diabetes-kronikerydelsen, ligesom ydelse 0121 i øvrigt. Der skal tages højde for antal beboere på botilbud ved fastlæggelse af evt. højeste grænser. Det er forventningen, at der gennemføres ca. 25.000 ydelser i overenskomstperioden, hvilket svarer til ca. 7 samtaler pr. kapacitet. Når aftalen er fuldt implementeret, er det forventningen, at det svarer til ca. 5 ydelser pr. kapacitet pr. år.

Parterne er enige om at igangsætte et forskningsprojekt i regi af en eller flere af forskningsenhederne for almen praksis, som kan medvirke til at afdække, om sundhedstjek i almen praksis bidrager positivt til levetid og livskvalitet for personer, som opholder sig på botilbud.

1.3. Somatisk undersøgelse til psykisk syge

For at medvirke til at forbedre såvel levetid som livskvalitet for borgere, der er diagnosticeret med en række psykiske sygdomme, er parterne enige om, at almen praksis skal yde en opsøgende indsats over for målgruppen, som skal tilbydes en fokuseret somatisk undersøgelse i almen praksis. Undersøgelsen honoreres med 395,14 kr. og udgør en *tillægsydelse* til en konsultation (0101) eller årsstatus (0120). Tillægsydelsen kan også afregnes for patienter med KOL og diabetes (kronikerprogrammet). Det er forventningen, at der gennemføres ca. 159.950 ydelser i overenskomstperioden, hvilket svarer til ca. 46 samtaler pr. kapacitet. Når aftalen er fuldt implementeret, er det forventningen, at det svarer til ca. 21 ydelser pr. kapacitet pr. år.

Der afregnes ikke særskilt honorar for den opsøgende kontakt til familien.

Den fokuserede somatiske undersøgelse til mennesker med psykisk sygdom har to målgrupper:

1. Patienter mellem 18 og 60 år med svær, kronisk psykisk sygdom, der er diagnosticeret med skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom. Patienterne er i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin i større doser. Undersøgelsen skal tilbydes gruppen en gang årligt. Målgruppen udgør ca. 55.000 personer.
2. Patienter på 18 år og derover med diagnosticeret psykisk sygdom som fx alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD, hvor den praktiserende læger konkret vurderer, på baggrund af sygdommens alvor og patientens livsforhold, at patienterne er i risiko for at have uopdagede somatiske sygdomme, misbrug og/eller betydelig mistrivsel. Undersøgelsen tilbydes én gang i forbindelse med første konsultation, efter at lægen har foretaget den opsøgende indsats. Målgruppen udgør ca. 50.000 personer.

Den opsøgende indsats over for gruppe 1 sker på baggrund af opgørelse via klinikdata, fx ved at trække lister over aktive brugere af antipsykotisk medicin, som løbende opdateres, dels med ny patienter, dels i forhold til indsats og eller kontakt. Lægen kan hos datakonsulenter i regionen søge hjælp til at trække sådanne lister. Kommunale samarbejdspartnere og andre aktører kan ligeledes være behjælpelige med at kontakte almen praksis på vegne af patienten.

For gruppe 2 er det ikke muligt at udarbejde systematiske lister med baggrund i medicinbrug. Lægen skal derfor i sin opsøgende indsats have særligt fokus på at opspore relevante patienter via journal, herunder i form af bl.a. udskrivningsoplysninger fra sygehusene og/eller kendskab til patienten, fx i forbindelse med konsultation/møder af andre årsager og ved ordination af medicin, herunder psyko-farmaka.

Lægen skal gøre relevante tiltag med henblik på, at patienten møder i klinikken som fx sms-reminders og/eller telefonisk kontakt forud for fokuseret somatisk undersøgelse. Patienten tilknyttes som udgangspunkt en fast kontaktperson i klinikken. Videre opgør lægen hvert halve år, hvor mange på listen/listerne, der har fået foretaget den fokuserede somatiske undersøgelse. Patienter i antipsykotisk behandling, der ikke er mødt frem, kontaktes og indkaldes igen.

Den fokuserede somatiske undersøgelse omfatter:

- Afdækning af patientens egen oplevelse af sit fysiske og psykiske helbred.
- Anamnese (aktuelle symptomer), jf. gennemgang af KRAM-faktorer og evt. misbrug.
- Objektiv undersøgelse med henblik på afdækning af somatisk sygdom, herunder relevant anvendelse af laboratoriefyndelser, som ikke er taget forud for evt. årsstatus. Undersøgelsen tager udgangspunkt i de almindelig forekommende følgesygdomme ved psykisk sygdom, herunder bivirkninger ved medicin.
- Der rådgives om forebyggende tiltag samt lægges en individuel behandlingsplan under hensyn til patientens ønsker. Der kan også henvises til kommunale tilbud.

Som en del indsatsen får almen praksis adgang til specialistrådgivning. Alle regioner har etableret psykiatriske rådgivningsfunktioner inden udgangen af andet overenskomstår.

Parterne er enige om at følge op på udviklingen og erfaringerne fra forskningsprojektet "SOFIA" for ydelsens to målgrupper med henblik på en evt. tilpasning af indsatsen i almen praksis fremadrettet.

2. REKRUTTERING, TRIVSEL, FASTHOLDELSE OG LÆGENS TILSTEDEVÆRELSE I PRAKSIS

2.1. Anbefalinger om uddannelse af speciallæger i almen medicin

Lægeuddannelsen skal være indrettet efter behovene i samfundet.

Parterne opfordrer regionerne til at være opmærksom på, om antallet af introstillinger i almen medicin er dimensioneret, så det sikrer fuld besættelse af hoveduddannelsesforløbene i almen medicin under hensyn til det gennemsnitlige frafald, som forventes. Parterne opfordrer desuden til, at regionerne afprøver forskellige modeller for, hvor i landet man opslår uddannelsesforløbene under hensyn til det langsigtede mål om at få flere læger til at slå sig ned i lægedækningstruede områder (herefter benævnt LTO).

Parterne er enige om at anbefale ekstra fokus på fagligt attraktive forløb for introstillinger og hoveduddannelsesforløb i LTO:

- Det anbefales i den sammenhæng, at introlæger og læger i hoveduddannelse i almen medicin får vederlagsfri adgang til kurser hos PLO-E.
- Danske Regioner vil drøfte tiltag om tilrettelæggelsen af videreuddannelsen med videreuddannelsesregionerne. Parterne opfordrer til, at læger, der videreuddanner sig i almen medicin i LTO, får adgang til ophold i speciallægepraksis under deres videreuddannelse – også speciallægepraksis, som kan ligge langt fra deres hoveduddannelse.
- Regionerne vil arbejde for at sikre lokale boligtilbud til introlæger og læger i hoveduddannelse i almen medicin.
- Parterne har fokus på styrkelse af tutorlægers funktioner, fx via kompetenceudvikling.
- Regionerne vil arbejde for bedre match af tutor og uddannelseslæge særligt i LTO.

2.2. Organisationsudvikling og lægelig ledelse i praksis

Parterne ønsker at opprioritere organisations- og ledelsesudvikling, så alle regioner stiller et ensartet tilbud til rådighed med fokus på lægelig ledelse, anvendelse af personale- og organisationsudvikling, fx i form af:

- Ledelsessparring i forhold til ledelse af større enheder, så der sikres en effektiv og hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse
- Konsulentstøtte til styrkelse af teamsamarbejde, herunder muligheder for uddelegering af opgaver fra læger til praksispersonale.
- Konsulentstøtte i forbindelse med opstart af egen praksis
- Konsulentstøtte i forbindelse med generationsskifte

Der er afsat 15,4 mio. kr. stigende til 18,7 mio. kr. fra Fonden for Almen Praksis til en række tiltag inden for organisations- og ledelsesudvikling.

Parterne er enige om at tilbyde ny-nedsatte læger deltagelse i tilbuddet "Ny i praksis" inkl. adgang til regionale netværksgrupper under DGE-ordningen med andre ny-nedsatte praktiserende læger.

Der etableres efteruddannelse målrettet læger, der har haft egen praksis i mere end fem år, med fokus på organisationsudvikling og effektiv klinikdrift, som ligger udover de eksisterende tilbud under den systematiske efteruddannelse om organisation og ledelse.

Parterne er enige om at afsætte en mindre pulje på 200.000 kr. årligt i overenskomstperioden til, at kompagniskaber kan modtage gratis konfliktmægling hos en uvildig mediator.

2.3. Rekruttering, aflastning og fastholdelse af læger

Parterne er enige om at skabe incitamenter til at nedsætte sig som praktiserende læge, særligt i LTO, og til at fastholde læger i almen praksis så længe som muligt. Parterne har aftalt følgende initiativer:

- Praksisejere, der har etableret delepraksis i LTO, kan i forlængelse af den 6-årige periode få tilført en ekstra lægekapacitet.
- Læger over 62,5 år¹, der har delepraksis i LTO, har ved udløbet af det 6. år ret til at forlænge delepraksis i indtil yderligere 6 år.
- Læger over 60 år nedsat i LTO kan aftale med andre læger, at de i op til 30 dage årligt af 1-2 dage ad gangen superviserer klinikpersonale og tager sig af akut lægehjælp, så lægen kan holde fri.
- Læger over 62,5 år med praksis i LTO kan ansætte vikarlæger udenfor normering. Vikaren kan således arbejde på samme tid som faste læger i klinikken.
- Læger over 62,5 år har generelt ret til at indgå generationsskifteaftale ved ansættelse af en speciallæge i almen medicin uden at have en ledig kapacitet. Efter to år skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis. Lægerne kan fortsætte kompagniskabet, indtil den ældre læge vælger at lade sig pensionere.
- Regionerne udbyder opsøgende hjælp fra udkørende datakonsulenter til ældre læger, der har behov for sparring.

Modernisering af tutorlægeaftalen

Parterne har aftalt en modernisering af tutorlægeaftalen. Moderniseringen indebærer, at der i LTO i solopraksis og for hver godkendt tutorlæge i et kompagniskab samtidigt kan være tilknyttet to uddannelseslæger i 6- eller 12-måneders forløb, under forudsætning af en individuel vurdering fra det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse.

¹ Pensionsalderen for personer født mellem 1.1.1954 – 30.6.1954 minus tre år. Aldersgrænsen hæves fremadrettet med udgangspunkt i udviklingen i pensionsalderen.

Det månedlige honorar for at have KBU-læger tilknyttet hæves med 33 % til 9.001,13 kr. for tutorlæger i LTO. Løftet skal understøtte etablering af lokalefaciliteter til ekstra uddannelseslæger og generelt sikre, at det er attraktivt at være tutorlæge i områder med lægemangel.

Øvrige initiativer til fastholdelse og rekruttering

- Administrationsudvalget dækker alle ansatte læger i forbindelse med barsel og sygdom.
- Administrationsudvalget skal i endnu højere grad arbejde med at forebygge stress og sygdom blandt læger.
- Læger, der har haft KBU i almen praksis, får mulighed for at være ansat i almen praksis i op til seks måneder som vikar. Det er et krav, at klinikejeren er speciallæge i almen medicin og er fysisk til stede,² når ikke-speciallæger med KBU arbejder i klinikken. En ansat ikke-speciallæge i almen medicin eller en læge med et andet speciale skal sikres nødvendig supervision og må ikke være eneansvarlig for patienter. Ændringen medfører desuden, at læger, som er i et andet speciale end almen medicin, kan fungere som vikar i almen praksis i op til seks måneder.
- Det bliver muligt i hele landet, at antallet af fastansatte speciallæger i almen medicin overstiger halvdelen af antallet af lægekapaciteter efter tilladelse fra Samarbejdsudvalget.
- Der skal i overenskomstperioden ses på, om der er attestarbejde, der enten kan organiseres anderledes, bortfalde eller løses uden for almen praksis, med henblik på aflastning af lægerne.

2.4. Lægers tilstedeværelse i almen praksis.

Parterne er enige om, at der bør sikres gennemsigtighed i forhold til, hvilke læger der arbejder i klinikken, så de læger, der fremgår af lægevalgslisten og praksisdeklarationen, også er de læger, patienterne skal kunne forvente at møde i klinikken. Klinikker bør ikke anvende skiftende vikarer, medmindre der er tale om midlertidigt fravær.

En ledig kapacitet kan maksimalt stå ubesat i ét år, inden den skal bemandes af en kompagnon eller en fast ansat læge. Hvis en kapacitet ikke er besat med en fast læge inden for et år, falder kapaciteten tilbage til regionen. Der kan gives dispensation efter hensyn til rekrutteringsudfordringer.

Parterne præciserer, at det ikke er muligt at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker. Ansvar for, at overenskomsten overholdes, ligger hos den læge, som ejer ydernummeret. Der gives seks måneder efter overenskomstens ikrafttræden til at indrette sig herefter.

3. UDVIKLINGSSPOR OM MULTISYGDOM

Parterne er enige om at iværksætte et udviklingsspor om patienter med multisygdom med henblik på at afdække, om de faglige og honoreringsmæssige rammer i kronikerprogrammet skal ændres. Udviklingssporet forankres i en arbejdsgruppe, der får to opgaver:

1. Beskrivelse af en tværsektoriel tilgang, som kan styrke almen praksis' tovholderrolle i forhold til multisyge patienter og eventuelt øvrige faglige aspekter i behandlingen af multisyge.

² For vikarer ansat i indtil to måneder skal ejerlægen sørge for, at vikaren har adgang til supervision.

2. Beskrivelse af honorarmodeller, som understøtter en populationsbaseret tilgang til behandlingen i det nære sundhedsvæsen af multisyge, og som fremmer sammenhængen mellem patienttyngde og honorering.

Pilotprojekt om fokuseret og tværfaglig indsats for patienter med multisygdom

Der iværksættes et pilotprojekt om fokuseret og tværfaglig indsats for patienter med multisygdom, der har til formål at belyse effekten af, at almen praksis, kommune og sygehus tilbyder patienter med kompleks multisygdom og stor sygdoms- og behandlingsbyrde en mere fokuseret og tværfaglig indsats.

500-600 læger får mulighed for at deltage i pilotprojektet. Det er forventningen, at projektet kan rumme ca. 20.000 patienter. Læger kan individuelt eller via deres klynger og klyngekoordinator melde, om klyngen har interesse i at deltage i projektet. Ved udvælgelse af deltagere lægges vægt på geografisk spredning i hele landet.

Målgruppen findes blandt de 10-15 % af alle patienter, der lider af kompleks multisygdom, med høj komplikationsrisiko, høj behandlingsbyrde og mange kontakter til sundhedsvæsenet med følgende karakteristika: To eller flere kroniske sygdomme, kontakt til hospital inden for det seneste år, i behandling med mindst fem receptpligtige præparater og hjemmeboende med evt. kontakt til hjemmeplejen.

Lægens opgaver er kortfattet et opsporende arbejde med identifikation af patienterne, gennemførelse af en overblikstatus med fokus på patientens multisygdom om nødvendigt efterfulgt af en multidisciplinær videokonference med specialister på et udvalgt hospital med henblik på at fastlægge en videre behandlingsproces. Lægen skal hertil deltage i selve forskningsprojektet med fx journalnotat fra overblikkonsultationen.

Der indføres en ydelse med et honorar på 967,64 kr., som skal dække den praktiserende lægers tidsforbrug. Ydelsen kan også afregnes for inkluderede patienter på kronikerprogrammet. Honoraret dækker gennemførelse af de aktiviteter/patientbehandling, som er forbundet med projektet. Ydelsen bortfalder ved overenskomstperiodens udløb. Det er forventningen, at der gennemføres ca. 20.000 ydelser i overenskomstperioden, hvilket svarer til ca. 18 ydelser pr. kapacitet pr. år, hvor projektet løber.

Honorering af de praktiserende lægers deltagelse i multidisciplinær konference over video med relevante specialister på udvalgte hospitaler opgøres i 10 minutters moduler til 161,27 kr. pr. modul. Det er forventningen, at der gennemføres ca. 6.200 ydelser i overenskomstperioden, hvilket svarer til ca. seks ydelser pr. kapacitet pr. år, hvor projektet løber.

Selve forskningsprojektet gennemføres af Forskningsenhederne under Fonden for Almen Praksis. Forskningsprojektet refererer til Styregruppen for forskning i regi af Fonden for Almen Praksis. Der nedsættes desuden en følgegruppe.

Ad 2 – honorarmodeller, som understøtter en populationsbaseret tilgang til behandlingen af multisyge

PLO og RLTN er enige om, at honorarstrukturen generelt skal understøtte en populationsbaseret tilgang til patienten. Der igangsættes derfor et arbejde vedrørende belysning af honorarmodeller, som understøtter en populationsbaseret tilgang til behandlingen af multisyge med henblik på parternes

stillingtagen til, om der skal ske videreudvikling af kronikerhonoraret, eller en ny og anderledes model skal indføres.

4. PLEJEHJEMSLÆGER, KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER OG SUNDHEDSFAGLIG KOMMUNIKATION

Samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og hospitaler er af afgørende betydning for et velfungerende nært sundhedsvæsen. Det er en forudsætning, at den praktiserende læge i kraft af sin rolle som tovholder og patientansvarlig læge sikrer den nødvendige koordination og kommunikation om en patient.

4.1. Faste læger på plejehjem

Parterne er enige om at gøre ordningen med faste læger på plejehjem permanent. Ordningen indebærer, at beboere får tilbud om at vælge at blive tilknyttet en læge, som er fast læge på plejehjemmet. Den fasttilknyttede læge yder almen medicinsk lægehjælp til beboerne, samtidigt med at lægen står til rådighed for personalet på plejehjemmet med generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejds møder i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter. Det er parternes ambition, at over 80 pct. af landet plejehjem skal have en fast læge ved udgangen af 2024. PLO vil i perioden arbejde for at rekruttere læger til opgaven.

Den fast tilknyttede læge forpligter sig til at stå til rådighed for rådgivning og/eller undervisning af plejepersonalet i to timer inkl. evt. transporttid pr. måned i gennemsnit. Har lægen flere end 30 patienter tilknyttet på samme plejehjem, kan lægen have en ekstra times undervisning pr. måned. Der kan ikke indgås lokal aftaler vedrørende øgning af rådighedsforpligtelsen, men det er muligt, at flere læger kan være fast tilknyttet på større plejehjem, som opdeles i ét eller flere afsnit/afdelinger af minimum 30 beboere/patienter.

Det faste månedlige honorar udgør 1.935,27 kr. for to timers rådgivning og/eller undervisning (timepris 967,64 kr.³). Har lægen flere end 30 patienter, kan lægen have tre timers rådgivning og/eller undervisning, hvorfor det faste honorar forøges tilsvarende. Det faste honorar udbetales automatisk, og plejehjems læger skal således ikke længere sende fakturaer. Honorarsummen til rådgiverhonoraret ligger uden for økonomirammen.

4.2. Styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner

Med henblik på at styrke den praktiserende læges samarbejde med de kommunale akutfunktioner og sikre lægedækningen til de kommunale akutfunktioner og give plejepersonalet på akutfunktionerne større mulighed for lægefaglig sparring og rådgivning aftales et styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner.

Samarbejdet mellem almen praksis og de kommunale akutfunktioner angår patienter med komplekse medicinske problemstillinger. Aftalen gælder gruppe 1-sikrede over 18 år, som er tilknyttet en kommunal akutfunktion. Almen praksis kan henvise patienter, som opfylder betingelserne i aftalen til den kommunale akutfunktion, men det er kommunerne, som har visitationsretten.

³ Jævnfør tidligere nationale aftale om fast tilknyttet læge på plejehjem.

Det fulde behandlingsansvar for en borger, der er tilknyttet akutfunktionen, ligger hos den læge, som har henvist borgeren til den kommunale akutfunktion. Uden for dagtid er ansvaret hos vagtlægen hhv. 1813. Den behandlingsansvarlige læge er den læge, der skal kontaktes, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand.

For borgere, hvor hospitalsbehandlingen fortsætter efter udskrivelse fra hospitalet, har hospitalet behandlingsansvaret, indtil hospitalsbehandlingen er afsluttet, og borgeren kan overgå til almindelig (syge)pleje. Dette gælder hele døgnet. Det er således den til enhver tid vagthavende læge i det udskrivende hospitalsafsnit, der har behandlingsansvaret, så længe den behandling, der er iværksat eller ordineret af hospitalet, ikke er afsluttet. Den behandlingsansvarlige læge på hospitalet kan dog gå i dialog med egen læge fx ved behov for sparring, rådgivning eller tilsyn, mens borgeren er i akutfunktionen.

I alle situationer, hvor en borger henvises til en kommunal akutfunktion, skal akutfunktionen for den konkrete borger have oplysning om, hvem den behandlingsansvarlige læge/lægelige funktion er, samt et telefonnummer, hvor lægen kan kontaktes. Praktiserende læger benytter MedCom-standarden XREF22.

Der indføres en ny ydelse, hvor den praktiserende læge honoreres for lægefaglig rådgivning og vurdering af konkret patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden for en patient inden for målgruppen. Honoraret er fastlagt til 158,61 kr. og kan højst afregnes to gange dagligt pr. patient. Honoraret kan afregnes ved kontakt såvel på telefon som pr. korrespondance. Det er forventningen, at der gennemføres ca. 190.400 ydelser over overenskomstperioden, hvilket svarer til ca. 55 samtaler pr. kapacitet. Når aftalen er fuldt implementeret, er det forventningen, at det svarer til ca. 27 ydelser pr. kapacitet pr. år.

4.3. Sundhedsprofessionel kommunikation

Overenskomstens parter er enige om, at der er behov for effektiv og relevant kommunikation mellem almen praksis og andre sundhedsprofessionelle. Der er brug for at styrke det tværsektorielle samarbejde og skabe retningslinjer for den sundhedsfaglige dialog, så der etableres faste og smidige procedurer afhængig af den givne kontekst.

Parterne igangsætter en fælles, ekstern analyse, som har til formål at belyse dialog mellem de praktiserende læger og kommuner og andre sundhedsprofessionelle samarbejdspartner. Der foretages en tilretning i læge-/praksissystemerne, som kan belyse og sortere omfanget af korrespondancer til og fra kommunerne og andre sundhedsprofessionelle. For at understøtte en kvantitativ og kvalitativ afdekning af den sundhedsfaglige korrespondance til og fra almen praksis afsættes 1 mio. kr. fra Fonden for Almen Praksis' opsparede midler øremærket til ovenfor beskrevne analyse.

Der nedsættes en paritetisk styregruppe bestående af Danske Regioner, KL og PLO, som på baggrund af analysen inden for det første overenskomstår leverer en vejledning med anbefalinger til, hvordan der skabes gode rammer for samarbejdet. Parterne drøfter herefter generelt analysens konklusioner set i forhold til sammenhængen med den samlede honorarstruktur.

Registrering af kommunikation med kommunerne, jf. overenskomstens § 96

Ved overenskomstens ikrafttræden oprettes en ny ydelseskode for den del af den elektroniske kommunikation, som sendes til kommunerne med henblik på at afdække anvendelse af korrespondancer til kommunalt personale. Kommunale korrespondancer skal således ikke længere registreres/afregnes med ydelse 0105.

Økonomi

Parterne afsætter 20,2 mio. kr. til tilgængelighed for kommunerne til almen praksis, som fra overenskomstens start udmøntes på basishonoraret. Når der foreligger en afrapportering fra analysen ved slutningen af overenskomstens første år, genoptages forhandling om fastsættelse af honoraret for kommunale korrespondancer. Hvis parterne når til enighed om en ny beskrivelse af korrespondanceydelsen på baggrund af fund i analysen, overføres midlerne til ydelsen. Der er desuden enighed om, at en omlægning af honorarer eventuelt kan suppleres ved forhandling inden for eksisterende økonomi under Overenskomsten.

Praktiserende læger forpligter sig til at stille bagom-numre til rådighed for personale fra kommunernes hjemmepleje, som skal kunne få kontakt til klinikken i akutte tilfælde uden om telefonbetjeningen i dagtid.

5. LÆGEVAGT

Overenskomstens parter er enige om, at de regionale parter primo 2022 går i dialog om behovet for en modernisering af lægevagten, herunder evt. opdateringer af lægevagtsaftalerne, med inddragelse af Sundhedsstyrelsen anbefalinger om organisering af den akutte sundhedsindsats fra 2020. Drøftelserne forventes afsluttes inden udgangen af 2022.

5.1. Ny honorarmodel for lægevagten

Parterne vurderer, at der er behov for en omlægning af honorarstrukturen for telefonvisitation i lægevagten. Parterne er derfor enige om, at der fremadrettet skal være det samme telefonvisitationshonorar, uanset om borgeren afsluttes telefonisk eller visiteres til videre forløb. Derudover er der enighed om, at der indføres et nyt honorar for telefonvisitation fra kl. 24:00 til 08:00 – såkaldt C-vagt.

Honoraret for telefonkonsultation vil fremadrettet være:

- A-vagt: 72,13 kr.
- B-vagt: 94,18 kr.
- C-vagt: 100,89 kr.

Omlægningen er samlet set økonomineutral. Øvrige honorarer for ydelser ydet mellem kl. 24:00 og 08:00 er uændret. Parterne opfordrer derudover til, at man i regioner med lægevagtsordninger går i dialog om at afprøve alternative honoreringsformer, der skal understøtte en balanceret og rimelig honorering på tværs af lægevagten, så der ikke er lægevagter, som har en meget høj eller meget lav honorering på enkelte vagter.

6. VIDEOLØSNINGER OG AFTALT TELEFONKONSULTATION

6.1. Videokonsultation

Allerede ved overenskomstens start er videofunktionen teknisk tilgængelig i alle lægepraksissystemer. Alle lægepraksis skal derfor ved udgangen af overenskomstperioden tilbyde videokonsultationer.

Der indføres en ydelse for *planlagt* videokonsultation, hvor lægen/praksispersonalet visiterer og fastsætter tidspunktet for videokontakten, som erstatter en fysisk konsultation i klinikken eller et sygebesøg. Den planlagte videokonsultation i dagtid honoreres i overenskomstens første år med 165,27 kr. Honoraret reduceres til 156,03 kr. i overenskomstens 2. år. I overenskomstens 3. år reduceres honoraret til almindelig konsultationstakst (ydelse 0101). Hvis der ikke opnås forbindelse, og kontakten gennemføres via telefon, honoreres der svarende til almindelig telefonkonsultation (0201).

Videokonsultation vil, hvor det har et konkret formål, kunne anvendes til samtaleterapi (6101) og årsstatus (0120) med sædvanligt honorar.

Tillægsydelser til videokonsultation i dag- og vagttid:

- XXXX: Instruktion i brug af kliniske skemaer (ny tillægsydelse)
- 2149: Diagnostik, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests.
- 2161: Tillæg ved ydelse af lægehjælp, hvor der anvendes kvalificeret tolk.
- 2401: Tillæg ved behandling af personer, som ikke er tilmeldt en læge.
- 2402: Tillæg ved behandling af personer, som ikke er tilmeldt en læge.

Lægevagten

Parterne er enige om, at der i alle regioner indføres permanente videoløsninger i lægevagten i den kommende overenskomstperiode. Videokonsultation i lægevagten er som udgangspunkt forvisiteret, men det er muligt for vagtlægen under en telefonkonsultation at foreslå en videoløsning, hvis lægen vurderer, at der er faglig indikation herfor. Løsningerne skal være it-sikre, moderne og overholde gældende lovgivning, herunder GDPR.

Honorarerne for videokonsultation reduceres på samme måde som i dagtid over overenskomstperioden, således at der i lægevagten honoreres i:

- overenskomstens første år med 223,70 kr. i A-vagt og 277,72 kr. i B-vagt. Det reduceres i
- overenskomstens andet år til 213,61 kr. i A-vagt og 265,20 kr. i B-vagt og ender i
- overenskomstens tredje år på 203,53 kr. i A-vagt og 252,68 kr. i B-vagt.

6.2. Videokonference

En planlagt videokonference er et møde mellem lægen og andre sundhedsprofessionelle aktører på hospitalerne, speciallægepraksis og /eller i kommunerne og evt. patienten omhandlende konkrete patientforløb, primært med koordinerende og/eller rådgivende formål.

Der skal som minimum deltage tre aktører i en videokonference, herunder evt. patienten, som også kan være til stede med den ene af sundhedspersonerne. Videokonferencen træder i stedet for fysisk tilstedeværelse ved et møde/konference, fx ved udskrivningskonferencer og lignende, koordineringsmøder med samarbejdspartnere fx mellem praksis og kommunens

hjemmepleje/socialpsykiatri/jobcentre mv, rådgivning/møde/fælleskonsultation med specialist på sygehus. Det er en forudsætning, at videokonferencen og dets formål er aftalt på forhånd, og at der er behov for koordination mellem de professionelle parter med henblik på fx, at plejepersonale kan håndtere det videre forløb

Praktiserende læger honoreres i tidsmoduler á 160,57 kr. for 10 minutter i dagtid. Videokonference kan ikke anvendes i vagttid.

6.3. Aftalt telefonkonsultation

Som et supplement til indførelse af videokonsultation i almen praksis er parterne enige om, at praksis, som har taget videokonsultationer i brug, har mulighed for at tilbyde aftalte telefonkonsultationer inden for visse rammer.

Aftalte telefonkonsultationer skal altid anvendes som et sekundært alternativ til en videokonsultation. Det betyder, at borgerne først skal tilbydes videokonsultation, når en digital konsultation er relevant. Hvis det ikke er muligt for borgeren at gennemføre en videokonsultation, kan der tilbydes en aftalt telefonkonsultation. Det betyder også, at antallet af ydelserne aftalt telefonkonsultation skal være væsentligt færre end antallet af videokonsultationer. Aftalt telefonkonsultation kan alene ydes af lægen. Den aftalte telefonkonsultation skal være visiteret og kalendersat på forhånd.

Målgruppen for en aftalt telefonkonsultation er borgere, som ikke har adgang til videoudstyr, eller som ikke har mulighed for at gennemføre en videokonsultation, som følge af at de ikke har NEM-id og ikke kan assisteres af pleje- eller sundhedspersonale.

Aftalt telefonkonsultation kan ikke anvendes mellem lægen og kommunalt pleje- og sundhedspersonale, uagtet at samtalen omhandler konkrete patientforløb på vegne af patienten.

Ydelsen *Aftalt telefonkonsultation* honoreres med kr. 117,43. Det er en grundydelse, som ikke kan afregnes for patienter tilmeldt kronikerprogrammet. Følgende tillægsydelser kan udføres sammen med Aftalt telefonkonsultation:

- XXXX: Ny ydelse for Instruktion i brug af kliniske skemaer
- 2149: Diagnostik, udredning og opfølgning ved anv. af fagligt anerkendte psykometriske tests
- 2161: Tillæg ved ydelse af lægehjælp, hvor der anvendes kvalificeret tolk.
- 2401: Tillæg ved behandling af personer, som ikke er tilmeldt en læge
- 2402: Tillæg ved behandling af personer, som ikke er tilmeldt en læge

Parterne er enige om, at der kan forventes en aktivitet inden for den eksisterende økonomi på op til 130 millioner kroner årligt, hvilket svarer til 1,5 ydelse pr. lægekapacitet pr. dag/ca. 330 pr. år.

Der implementeres et individuelt aktivitetsloft på ydelsen. Regionen stiller kvartalsopgørelser på ydelsens anvendelse til rådighed for lægerne, så de løbende kan følge eget aktivitetsniveau. Klinikker, som har et forbrug af ydelsen, der overstiger den gennemsnitlige udgift pr. patient inden for regionen med 25%, får fastsat en automatisk højstegrænse på +25 %, jf. Overenskomstens § 88.

Aftalen om den nye ydelse kan opsiges i overenskomstperioden med tre måneders varsel af parterne.

7. EFFEKTIV POPULATIONSSOMSORG

Parterne er enige om, at almen praksis kan udøve effektiv populationsomsorg ved fremsøgning af specifikke patienter og patientgrupper, som har gavn af særlige tiltag fra almen praksis. Parterne er desuden enige om, at populationsomsorg også kan løftes som en del af kvalitetsudviklingen i klinikken og i klyngerne.

It-løsninger skal udvikles på en måde, så de understøtter det tværsektorielle samarbejde om fælles patienter. Regioner, kommuner og staten skal efter aftale med PLO, udvalgte klinikker eller en/flere klynger kunne få adgang til aggregerede og anonymiserede datarapporter på udvalgte indsatsområder, der understøtter det tværsektorielle samarbejde om fælles patienter.

I overenskomstperioden udvikles og implementeres således følgende løsninger:

7.1. Platform til populationsfremsøgninger

Der etableres en dataplatform på tværs af lægepraksissystemerne til fremsøgninger og visualiseringer af patientpopulationen. Adgang til dataplatformen skal ske via eget journalsystem og give klinikken de nødvendige digitale værktøjer til at opspore de sårbare og syge patienter i egen populationen og målrette indsatserne. Dataplatformen anvender egne klinikdata til aggregerede oversigter, ydelsesdata leveret fra regionerne og andre typer eksterne data, som fx aktivitetsdata fra sygehuse og kommuner.

7.2. Datarapporter til klynger

Platformen skal kunne anvendes af lægerne til at fremsøge patientpopulationer på bl.a. klyngeniveau og fleksibelt kunne danne de kvalitetsrapporter, der efterspørges i klyngen.

7.3. Regional og kommunal adgang til platform med aggregerede og anonymiserede populationsrapporter

Der skal skabes regional adgang til aftalte online datarapporter på platformen i aggregeret og anonymiseret form, som giver synlighed om realisering og effekt af aftalte indsatser og KPI'er⁴ i almen praksis. Den aggregerede og anonymiserede adgang skal kunne anvendes efter aftale med klinikkerne eller klyngerne til at understøtte samarbejdet om fælles indsatser.

7.4. Patientcockpit i journalsystemerne

Lægen har brug for et patientcockpit, der giver et fokuseret blik på patienten sammen med relevant beslutningsstøtte. Data i cockpitet er bl.a. et udsnit af eksisterende data i lægesystemerne (fx medicin, diagnoser, lab og aktivitet), men i lige så høj grad data fra eksterne kilder som fx sygehuse, LPR3 og kommuner, der fortæller noget om patientens samlede situation, adfærdsmønster i sundhedsvæsenet og hjælper lægen i rollen som tovholder på patientens samlede behandlingsforløb. Den første udgave af patientcockpittet forventes at være tilgængelig ved udgangen af 2023.

Sygehuse og kommuner skal, efter aftale med lægen, kunne få en kiggeadgang til patientcockpittet til brug for fx fælles udskrivningskonference.

⁴ Key Performance Indikator.

8. DIGITALISERING OG DATA

8.1. Digitalt udviklingsspor

Parterne er enige om at etablere et digitalt udviklingsspor, der kan støtte op om udviklingen på data- og digitaliseringsområdet i almen praksis og igangsætte konkrete innovative tiltag.

Udviklingssporet forankres i et nyt partsforum for Data og Digitalisering i tilknytning til det eksisterende partssamarbejde mellem PLO og RLTN. Det nye forum får til opgave at:

- Følge udviklingen på data- og digitaliseringsområdet i almen praksis bredt set.
- Drøfte og vurdere værdien af og omkostningerne ved udvikling og implementering af nye tværgående it-løsninger, som involverer almen praksis.
- Projektejer af it-projekterne: Patientcockpit, dataplatform til populationsomsorg og borgernes data.
- Træffe retningsgivende og principielle beslutninger for de ovennævnte projekter.

8.2. Drift og forvaltning af it-løsninger i almen praksis

Det generelle princip er, at almen praksis som selvstændige virksomheder selv finansierer deres it-drift. Da almen praksis i perioden står over for en uforholdsmæssig stor stigning i driftsomkostningerne, er parterne dog enige om at yde et tilskud på 15,4 mio. kr. i 1. overenskomstår, 18,7 i 2. overenskomstår og 18,7 mio. kr. i 3. overenskomstår til at understøtte udviklingen. Tilskuddet målrettes en større portefølje af it-projekter og digitaliseringstiltag, der over de kommende tre år skal udvikles, implementeres og driftsfinansieres.

8.3. Borgernes adgang til egne sundhedsdata

Parterne er enige om i løbet af den kommende overenskomstperiode at udstille flere strukturerede data fra almen praksis via den nationale infrastruktur som et supplement til eksisterende data fra almen praksis, som allerede udstilles for borgerne og andre sundhedsprofessionelle på sundhed.dk. Her er tale om bookede aftaler, lokale prøvesvar, bedre adgang til kroniske patienters forløbsplaner, diagnoser og yderligere strukturerede data.

8.4. MinLæge-appen

PLO og RLTN er enige om, at MinLæge-appen er den primære mobile og fælles indgang til almen praksis, og at e-ydelser (e-konsultation, tidsbestilling og receptfornyelse) fuldt og helt sidestilles med klinikernes egne hjemmesider, hvorfra patienterne også fortsat skal have adgang til disse funktioner. MinLæge-appen vil blive videreudviklet i de kommende år i et tæt samarbejde mellem Sundhedsministeriet, Danske Regioner og øvrige parter.

8.5. Digital telefonbog

PLO planlægger at etablere en basis-infrastruktur – en digital telefonbog – til at understøtte udveksling af fx bagom-telefonnumre, fraværsoplysninger og EDI-lokationsnumre. Telefonbogen skal integreres med lægens praksissystem, bidrage til hurtigere og præcis kontakt mellem sundhedspersoner og via teknisk synkronisering nedbringe antallet af steder, hvor klinikken i dag vedligeholder de samme kontakt- og fraværsoplysninger – fx på sundhed.dk.

9. FORSØGSORDNING OM KLINISK ULTRALYD

Med henblik på at bidrage til forbedret diagnostik, rettidig visitation og øget kvalitet i beslutninger om behandlingen er parterne enige om at etablere et forskningsprojekt om brug af ultralyd som støt-teværktøj i almen praksis i forlængelse af den objektive undersøgelse. Der er tale om et treårigt stor-skalaprojekt om brug af ultralyd i almen praksis, som omfatter 250 læger fordelt geografisk jævnt og på tværs af alle landets regioner. Praktiserende læger, der ønsker at blive en del af forskningsprojek-tet, skal kontakte den forskningsenhed, som er tovholder på projektet, med henblik på, om praksis kan blive omfattet.

Ultralydsundersøgelsen er en lægeforbeholdt ydelse og forudsætter relevant uddannelse i brugen af ultralyd. Lægerne kan tage en tillægsydelse på 262,37 kr. pr. skanning i tillæg til den almindelige kon-sultationstakst. Det er forventningen, at der gennemføres ca. 112.500 ydelser i overenskomstperio-den, hvilket svarer til ca. 150 ydelser pr. kapacitet pr. år.

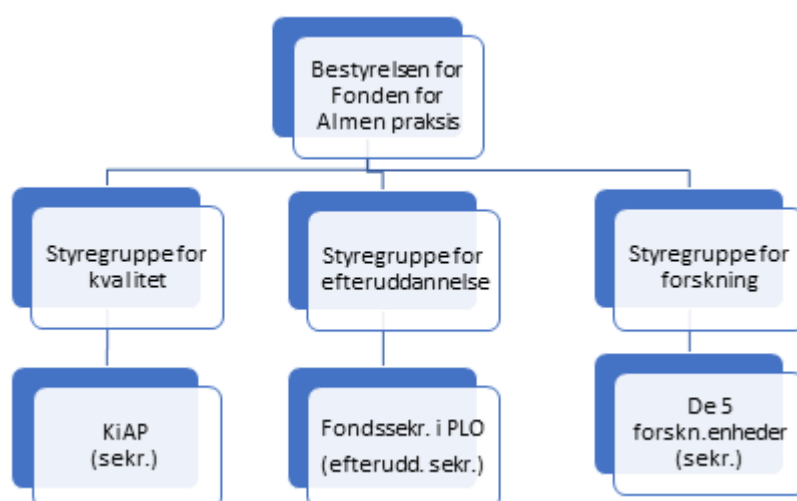
Ydeshonoraret indgår ikke i den økonomiske ramme for almen praksis og finansieres af Fonden for Almen Praksis.

Parterne er enige om, at forskningsprojektet iværksættes ved de almenmedicinske forskningsenhe-der. Forskningsprojektet skal afdække, i hvilke situationer og forløb ultralyd er særligt velegnet som støt-teværktøj i almen praksis. Formålet er, at parterne inden næste overenskomstperiode kan tage stilling til, om ultralyd bør indføres permanent i almen praksis.

10. KVALITET, EFTERUDDANNELSE OG FORSKNING

10.1. Fonden for Almen Praksis

Ved seneste overenskomst blev parterne enige om at styrke sammenhængen mellem forskning, ef-teruddannelse og kvalitet. Der etableres tre styregrupper for hvert område under fonden. Fagligt Råd og programbestyrelsen for KiAP nedlægges. Fondens struktur kommer til at se således ud:



10.2. Kvalitetsprogram for almen praksis fortsætter i OK21

Parterne er enige om at fortsætte arbejdet med at udvikle rammerne for systematisk kvalitetsudvikling i almen praksis, herunder at fortsætte det datadrevne kvalitetsarbejde i klyngerne.

Kvalitetsindsatsen i almen praksis forankres i KiAP og i Fonden for Almen Praksis i to parallelle spor – et nationalt kvalitetsspor og et klynge-kvalitetsspor.

Kvalitetsarbejdet i regionerne

De regionale kvalitetsenheder skal over for de enkelte praksis i regionen vejlede og øge kendskabet til nationale it- og kvalitetsløsninger, herunder fx forløbsplaner, RKKP-indberetninger, ordiprax+ mv., samt understøtte generel kvalitetsudvikling og implementering heraf i de enkelte klinikker.

De formelle rammer for klyngerne

Parterne ønsker at have adgang til strukturerede oplysninger om aktiviteten i klyngerne. Klyngerne skal derfor udarbejde en kort kvantitativ aktivitetsrapport ud fra en skabelon og udarbejde et årligt klyngeregnskab. Parterne vil afdække mulighederne for at indgå en central aftale med en ekstern aktør (revisionsfirma) om en fælles national løsning for klyngernes indberetninger til SKAT om deres aktivitet og andre formalia.

De økonomiske rammer for Kvalitetsprogram i almen praksis

Kvalitetsprogrammet idriftsættes og organiseringen af programmet forenkles. KiAP har fortsat rollen som sekretariat for klyngerne og tildeles flere ressourcer til understøttelse af klyngearbejdet. Parterne har aftalt en ændret tildeling af midler til kvalitetsarbejdet i den kommende periode. Klyngemidlerne reduceres midlertidigt i perioden med hhv. 75 %, 50 % og 25 %, og midler til det regionale kvalitetsarbejde, som udvides og præciseres, er forøgede i OK-perioden. De regionale kvalitetsorganisationer er således forpligtet til bl.a. at tilbyde følgende:

- It- og datarådgivning, herunder konsulentbistand til almen praksis
- Lægemedlerådgivning, dataudtræk og konsulentbistand til almen praksis
- Organisations- og ledelsesudvikling til de enkelte klinikker
- Bistand til den enkelte klyngekoordinator om facilitering af klyngemøder og mentorhjælp/sparring om klyngearbejdet
- Til de enkelte klynger at trække data til klyngearbejdet
- Regionalt udarbejdede klyngepakker baseret på den fælles skabelon udarbejdet af KiAP
- Understøtte muligheder for kliniknær forskning med inddragelse af de regionale forskningsenheder (formidle viden om forskningsprojekter mv.)
- Praktisk støtte til afdækning af samarbejde mellem klynger, regioner sygehuse, kommuner og den øvrige praksissektor – eksempelvis med kontaktinformation, data, ønsker til projekter etc.
- Følge op på læger uden for klynger
- Afholdelse af store praksisdage, faglige temamøder mv.
- Ledelsessparring til enkelt læger og læger i kompagniskabspraksis og lignende
- Konsulentstøtte til styrkelse af teamsamarbejde, herunder muligheder for uddelegering af opgaver fra læger til praksispersonale
- Konsulentstøtte i forbindelse med opstart af egen praksis
- Konsulentstøtte i forbindelse med generationsskifte

- Konsulentstøtte til konflikthåndtering eller lignede akutte behov for støtte
- Praktiserende læger støtte og hjælp til etablering af DGE-grupper, herunder hjælp til den enkelte i forhold til at indgå i eksisterende grupper.
- Nynedsatte læger en særlig støtte til at indgå i DGE-ordningen
- Efteruddannelse og støtte til de regionale efteruddannelsesvejledere for at sikre, at de kan yde kompetent støtte til DGE-grupperne, herunder særligt gruppelederne

KEU-udvalgene bevares (uden økonomitilførsel) med følgende opgaver i relation til kvalitetsarbejdet i klynger og almen praksis:

- En generel rådgivende og understøttende rolle i forhold til tilbuddene fra den regionale kvalitetsenhed.
- En specifik planlæggende opgave, når der er behov for, at parterne understøtter og koordinerer klyngernes funktion og udvikling. Bl.a. med afholdelse af regionale netværks- og erfaringsmøder for klynger og klyngekoordinatorer.
- Understøtte de praktiske muligheder for samarbejdet mellem klynger, regioner sygehuse, kommuner og den øvrige praksissektor – eksempelvis med kontakter, tilgængelige data mv.

Regionerne afsætter midler til kvalitetsudvikling for alle gruppe 1-sikrede. Midler, der vedrører gruppe 1-sikrede, der er tilmeldt udbuds- eller regionsklinikker, er ikke omfattet af Overenskomsten for almen praksis.

Læger fra regions- og udbudsklinikker kan deltage i klynger, hvis klyngen inviterer dertil. I så fald tilfalder midlerne til kvalitetsarbejde for de tilmeldte lægers gruppe 1-sikrede klyngen.

Patientoplevelt kvalitet i almen praksis

De praktiserende læger er forpligtede til mindst hvert tredje år at medvirke i en undersøgelse iværksat af Fonden for Almen Praksis af den patientoplevede kvalitet i almen praksis samt at offentliggøre resultatet af undersøgelsen på deres hjemmesider. Parterne nedsætter en arbejdsgruppe, der skal udvikle konceptet for undersøgelsen

10.3. Forskning

Forskning skal være klinisk relevant for den enkelte læge og forankret i praksis. Indsatsen styrkes konkret ved den ændrede organisering under Fonden for Almen Praksis med en nyetableret styregruppe for forskning.

Parterne er enige om at oprette to nye satellitenheder under forskningsenhederne i København og Odense i henholdsvis Køge og Esbjerg. Fonden for Almen Praksis finansierer i overenskomstperioden driften af disse satellitter samt forskningsenheden i Aalborg, ligesom fonden fortsat finansierer de tre øvrige Forskningsenheder.

10.4. Efteruddannelse

Parterne ønsker at styrke sammenhængen mellem kvalitet, efteruddannelse og forskning for den enkelte læge. Konkret kan efteruddannelsesmateriale fra PLO-E eller regionerne tematisk understøtte

lægens forberedelse og/eller opfølgning på klyngemøder. Hertil fordobles puljen til uddannelse af praksispersonale ved at afsætte 8,1 mio. kr. årligt.

Grundbeløbet er for den selvvalgte efteruddannelse øges fra 20.200 kr. til 21.400 kr. årligt pr. læge. Det sker i forlængelse af, at refusionen for kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag øges fra 2.400 kr. til 2.800 kr.

Tilskuddet til DGE-møder øges til 2.000 kr. pr. møde (hverdage såvel som weekender). Tidligere var taksten på hverdage før kl. 15 på 1.150 kr. og ved aftenmøder/ weekender på 600 kr.

Det er aftalt, at der fremover ydes et efteruddannelseshonorar for aktiviteter, der gennemføres på hverdage i tidsrummet 08.00 til 20.00, som erstatning for den tidligere aftale om udbetaling af tabt arbejdsfortjeneste for efteruddannelse i tidsrummet mellem kl. 08.00 og 18.00. Det gør det muligt at få refusion for gruppebaseret efteruddannelse og halvdagskurser efter klinikernes åbningstid.

Den nationale koordinering af DGE-ordningen styrkes ved at flytte en del af administrationen til PLO-E i forhold til registrering af grupper, godkendelse af grupper samt oprettelse af nye grupper. Der ansættes en lægefaglig konsulent til at sikre denne faglige koordinering på tværs af regionerne.

Udover den individuelle tildeling sikres DGE-grupper desuden et årligt tilskud på 10.000 kr. Tildelingerne til grupperne kan, som den øvrige tilskudsberettigede efteruddannelse, overføres til det efterfølgende år (2-års-reglen).

11. CYPER- OG INFORMATIONSSIKKERHED

For at beskytte borgernes data, kritisk infrastruktur og fastholde tilliden til sundhedssektoren er parterne enige om at prioritere arbejdet med cyber- og informationssikkerhed. Der afsættes i overenskomstperioden årligt 3,3 mio. kr. på basishonoraret til at færdiggøre klinikrettede GDPR- aktiviteter mv.

Parterne er enige om at afsætte 1,1 mio. kr. fra Fonden for Almen Praksis som engangsbeløb til at gennemføre en handlingsplan for området, der indeholder analyse- og formidlingsaktiviteter samt et arbejde for at tilslutte almen praksis til den kommende nationale organisering af it-sikkerhed, SAC (Security Analytics Center). Der afsættes desuden varigt 1,1 mio. kr. til tilslutning til en eventuelt SAC/SOC løsning og løbende driftsudgifter i forbindelse hermed.

12. SAMTALETERAPI, HØJESTEGRÆNSER, FORLØBSPLANER M.M.

12.1. Opfølgning på tilbuddet om samtaleterapi

I 2021 forventes Folketinget at drøfte en 10-års plan for borgere med psykisk sygdom, som skal prioritere og styrke psykiatrien bl.a. med fokus på psykisk sårbarhed og bedre sammenhæng på tværs af regioner og kommuner. Parterne er enige om at tage en politisk drøftelse i overenskomstperioden med henblik på at vurdere, om 10-års planen får konsekvenser for opgaverne i almen praksis, eventuelt med henblik på at indgå en supplerende aftale.

I løbet af overenskomstperiodens første år iværksætter parterne en fælles evaluering af henholdsvis tilbuddet om samtaleterapi i hele landet og lokalaftalen om krisesamtaler i Region Syddanmark. Der nedsættes en styregruppe med deltagelse af parterne i fællesskab. Evalueringen gennemføres med henblik på at vurdere, hvilke opgaver det er hensigtsmæssigt, at almen praksis løser inden for feltet ”mental sundhed”, om krisesamtaler kan implementeres i almen praksis i hele landet, og om der er mulighed for, at klinikker kan anvende personale (psykologer eller specialuddannede sygeplejersker) inden for området.

Parterne er fortsat enige om, at samtaleterapi er en af de centralt aftalte ydelser, som ønskes decentraliseret på linje med de målsætninger, der fremgår af ændringerne til Sundhedsloven fra 2013, hvor en større andel af den økonomiske ramme forudsættes udmøntet decentralt med henblik på at sikre et godt tilbud til patienter med psykisk sygdom.

12.2. Justering af Aftale om styrket opfølgingsindsats ved sektorovergange

Parterne er enige om at fortsætte arbejdet fra OK18 med at forbedre anvendelsen af de farvemarkerede epikriser og styrke opfølgingsindsatsen i almen praksis på baggrund af en nationale evaluering. Opgaven med at følge udvikling og evaluering i de farvede epikriser lægges i det nye partsforum for Data og Digitalisering.

Derudover er parterne enige om, at den styrkede opfølgingsindsats med farvemarkerede epikriser udbredes til også at omfatte patienter, der afsluttes fra ambulante forløb på sygehus og i speciallægepraksis. I denne forbindelse tilføres der til basishonoraret henholdsvis 5, 10,1 og 12,6 mio. kr.

12.3. Digitale forløbsplaner

Parterne er enige om, at alle klinikkerne skal tilbyde relevante borgere en digital forløbsplan (for KOL, diabetes og iskæmisk hjertesygdom). Det betyder, at hver klinik løbende skal oprette og vedligeholde planerne, hvor det er relevant, jf. afsatte midler ved OK18. Der vil, på grund af forskellig patientsammensætning i klinikkerne, være stor forskel på, hvor mange forløbsplaner de enkelte klinikker opretter og vedligeholder, og derfor blev der i OK18 aftalt et samlet måltal på 75.000 forløbsplaner om året for hele sektoren. Parterne er bekendt med, at der kan være forhold, der forklarer variation mellem klinikkerne, men er enige om, at hver kapacitet skal have oprettet fem forløbsplaner og som minimum oprette fem pr. år de efterfølgende år, og oprettede planer skal holdes opdateret, når det er relevant – fx i forbindelse med de efterfølgende årsstatusler. Hvis dette minimumstal ikke nås, anses det for misligholdelse af overenskomsten, som kan indbringes for Samarbejdsudvalget. Her kan lægen i første omgang blive pålagt en advarsel og sidenhen, ved manglende efterlevelse, blive pålagt en reduktion i de midler, som tilføres basishonoraret for at løfte opgaven med forløbsplaner dvs. 11.000 kr. årligt. Der vil blive taget hensyn til, om en klinik inden udgangen af 2021 har lavet mange forløbsplaner eller har få relevante patienter.

12.4. Henvisning til teleKOL

I efteråret 2020 kom det telemedicinske monitoreringstilbud til borgere med svær KOL i kommuner og regioner. Den telemedicinske monitorering er i dette tilfælde et sygeplejefagligt tilbud, som varetages kommunalt. Parterne er enige om, at de praktiserende læger henviser relevante borgere i målgruppen til tilbuddet.

12.5. Beregning af højestegrænser

Med henblik på at skabe et bedre sammenligningsgrundlag mellem patienttyngde og den enkelte læges udgiftsniveau er parterne enige om, at der i den kommende periode skal beskrives en køns- og aldersstandardiseret model for fastlæggelse af højestegrænser, som kan træde i kraft, når det teknisk kan understøttes.

Indtil implementering af en ny model er parterne enige om, at der ved beregning af højestegrænser tages højde for, at plejhjemslæger har en patientpopulation, som er mere behandlingskrævende end gennemsnittet. Hvis en plejhjemslæge falder uden for variationen på 25 %, skal der foretages en konkret vurdering, herunder hvorvidt køns- og aldersfordelingen i praksis' patientpopulation er forskellig fra patientpopulationen i praksis uden plejhjemslægefunktion, hvilket kan være årsag til +25 % afvigelsen i udgiftsniveauet. Er det tilfældet, fastsættes der trods variationen ikke en højestegrænse for praksis. Det samme er gældende for praksis, som har mange sundhedstjek på botilbud.

12.6. Sanering af tillægsydelser (inkl. webpatient)

Parterne er enige om at ændre i ydelseskataloget således, at følgende ydelser udgår:

1. Anoskopi (2136). Økonomien fra ydelse 2136 tillægges basishonoraret (311.000 kr.).
2. Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende teknik (2141). Økonomien fra ydelse 2141 tillægges konsultationshonoraret (0101, 8,8 mio. kr.).

Begge ydelser skal fortsat indgå i almen praksis' samlede tilbud hvis relevant, selv om der ikke bliver afregnet særskilt honorar herfor.

Parterne er enige om, at ydelserne "audiometri" (7112) og "tyimpanometri" (7117) sammenlægges til én ydelse under navnet "Audiometri og tympanometri", og at honoraret for den nye ydelse er 111,07 kr).

Instruktion i brug af kliniske skemaer

Ydelserne "Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling" (2146) og "Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema" (2138) sammenlægges til én ydelse under navnet "Instruktion i brug af kliniske skemaer", til 147,35 kr.

Ydelsen Instruktion i brug af kliniske skemaer er en tillægsydelse, der kan benyttes med disse skemaer:

1. Hjemmeblodtryk
2. Væske/vand (voksen)
3. Væske/vand (barn)
4. DAN-PSS

Nedsættelse af arbejdsgruppe

Parterne er enige om i løbet af første overenskomstår at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til sanering i ydelserne i Overenskomsten for Almen Praksis og Profylakseaftalen inden udgangen af andet overenskomstår med henblik på implementering inden udgangen af overenskomstperioden. Arbejdsgruppens formål vil være at forenkle ydelseskataloget på en hensigtsmæssig måde, der afspejler arbejdet i klinikkerne, og som giver tydeligere kriterier for, hvornår de tilbageværende ydelser kan anvendes med henblik på en ensartet praksis på tværs af landet.

12.7. Personale og udførelse af ydelse 0120

Med henblik på at optimere kapacitetsudnyttelsen i praksis gives mulighed for, at personalet kan udføre ukomplicerede årsstatusler på lægens ansvar. En årsstatus skal fortsat indeholde en vurdering af medicinordinationerne, hvorfor lægen som minimum superviserer personalet med hensyn til medicin-gennemgang og nye ordinationer og fremtidig plan. Personalet kan alene yde årsstatus for patienter med ukompliceret hypertension, osteoporose og stofskiftelidelse.

12.8. Markering af regning ved digitalt sundhedskort

Frem mod at klinikken har anskaffet sig en scanner med mulighed for læsning af det digitalt sundhedskort, benyttes n-markering, hvis borgeren møder op i klinikken uden at have medbragt det fysiske sundhedskort.

12.9. Indkøb af værnemidler og håndsprit i pandemisituationen

Almen praksis er som selvstændige erhvervsdrivende generelt ansvarlige for indkøb af håndsprit, værnemidler mv. til egen klinik. Ved en eventuel pandemisituation, hvor fx indkøb er vanskeliggjort, skal almen praksis have del i værnemidler, som indkøbes regionalt. Der vil dog kunne opstå et særligt behov for prioritering.

13. ØKONOMIPROTOKOLLAT OG AFTALENS ØKONOMI

Forhandlingsaftalen indebærer, at der fortsat er en overordnet årlig økonomiramme for almen praksis. Den økonomiske ramme for almen praksis udgør pr. 1. januar 2022 8.886 mio. kroner. Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering. Dog er følgende undtaget fra den økonomiske ramme:

- profylakseydelser,
- influenzavaccinationer,
- cervixytologiske undersøgelser (2102 inkl. én 0101),
- fast tilknyttede læger på plejehjem,
- aktivitet i udbuds- og regionsklinikker,
- lokale aftaler og rammeaftaler.

Overskrides den økonomiske ramme, vil overskridelsen blive modregnet i reguleringsprocenten og om nødvendigt i basishonoraret. Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 31. december 2024.

Aftalens økonomi

April 2021-niveau	OK1	OK2	OK3	Permanent
Løft af basishonorar (inkl. tutorlægehonorar)				
Udvikling i gruppe 1 sikrede	10,7	21	31,2	31,2
Styrket tutorlægeordning i lægedækningstruede områder	4,4	4,4	4,4	4,4
Cybersikkerhed	3,3	3,3	3,3	3,3
Kommunal kommunikation	20,2	20,2	20,2	20,2
Epikriser	5,0	10,1	12,6	12,6
Løft af faste honorarer i alt	43,6	59,0	71,7	71,7
Aktivitetsløft				
Udvikling i gruppe 1 sikrede	22,5	44,1	65,5	65,5
Demografiudvikling	32,6	67,1	103,6	103,6
Video	8,1	8,1	8,1	8,1
Aktivitetsløft i alt	63,2	119,3	177,2	177,2
Nye opgaver - aktivitet				
Ultralød	9,9	9,9	9,9	0,0
Ulighed: Multisyge	0,0	9,7	9,7	0,0
Ulighed: Fokuseret somatisk undersøgelse for psyk. syge borgere	17,5	17,5	28,4	28,4
Ulighed: Sundhedstjek på botilbud	7,6	15,1	15,1	24,1
Ulighed: Styrket indsats til sårbare børn	3,9	3,9	6,3	6,3
Kommunal: Plejehjemsordning	21,7	23,5	25,2	25,2
Kommunal akutfunktioner	5,0	10,1	15,1	15,1
Finansiering fra fond ver. Ultralød	-9,9	-9,9	-9,9	0,0
Finansiering fra fond ver. Multisyge		-9,7	-9,7	0,0
Ny finansiering af nye opgaver i alt	55,7	70,1	90,1	99,1
Samlet økonomi				
Webpatient og VDX	5,0	5,0	5,0	0,0
Cyber: Tilslutning og drift af SAC/SOC (via fonden)	0,0	1,2	1,1	1,1
Løft af basishonorar (inkl. tutorlægehonorar)	43,6	59,0	71,7	71,7
Aktivitetsløft	63,2	119,3	177,2	177,2
Nye opgaver, aktivitet	65,6	89,7	109,7	99,1
Finansiering fra fond	-9,9	-19,6	-19,6	0,0
Samlet løft (kun ny finansiering)	167,5	254,6	345,1	349,1

14. IKRAFTTRÆDEN

Parterne er enige om at Overenskomst om almen praksis med de ændringer, der følger af forhandlingsaftalen af 19. juni 2021, træder i kraft den 1. januar 2022. Parterne er enige om, at næste forhandling af aftalen på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2025.