

c/o Danske Regioner  
Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø  
Tlf. 35 29 81 00

Teknisk justeret, den 5. juli 2021

Tid	Den 19. juni 2021
Sted	København Ø
Deltagere	Repræsentanter for Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Emne	Aftale om almen praksis

Parterne er enige om at indstille følgende til godkendelse:

## Indhold

<b>1.</b>	<b>Ulighed i sundhed.....</b>	<b>4</b>
1.1.	Styrket indsats for sårbare børn.....	4
1.2.	Styrket kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje .....	6
1.3.	Sundhedstjek til borgere på botilbud.....	7
1.4.	Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom 10	
<b>2.</b>	<b>Bedre lægedækning .....</b>	<b>17</b>
2.1	Anbefalinger om uddannelse af speciallæger i almen medicin ....	17
2.2	Organisationsudvikling og lægelig ledelse i praksis .....	21
2.3	Rekruttering og fastholdelse af læger og aflastning af ældre læger 25	
2.4	Lægers tilstedeværelse i almen praksis.....	29
<b>3.</b>	<b>Udviklingsspor for almen praksis' rolle ved multisygdom .....</b>	<b>32</b>
3.1	Beskrivelse af tværsektoriel tilgang som kan styrke almen praksis' rolle for patienter med multisygdom .....	33
3.2	Beskrivelse af honorarmodeller .....	35
<b>4.</b>	<b>Sammenhæng i det nære sundhedsvæsen.....</b>	<b>36</b>
4.1	Faste læger på plejehjem .....	36
4.2	Styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner .....	37
4.3	Sundhedsprofessionel kommunikation.....	38
4.4	Uddannelse af sygeplejersker i almen praksis .....	41
<b>5.</b>	<b>Lægevagten.....</b>	<b>42</b>
5.1.	Honorarstruktur i lægevagten.....	42
<b>6.</b>	<b>Digital tilgængelighed.....</b>	<b>43</b>
6.1	Videokonsultation .....	43
6.2	Videokonference .....	44
6.3	Aftalt telefonkonsultation.....	44
<b>7.</b>	<b>Nye løsninger til effektiv populationsomsorg .....</b>	<b>48</b>
<b>8.</b>	<b>Digitalisering og data .....</b>	<b>52</b>
8.1	Digitalt udviklingsspor .....	52
8.2	Drift og forvaltning af it-løsninger i almen praksis.....	54
8.3	Borgernes adgang til egne sundhedsdata .....	54
8.4	MinLæge-appen .....	55
8.5	Digital telefonbog.....	56
<b>9.</b>	<b>Forsøgsordning vedr. klinisk ultralyd i almen praksis .....</b>	<b>57</b>
<b>10.</b>	<b>Kvalitet, forskning og efteruddannelse .....</b>	<b>59</b>

10.1	Fonden for almen praksis.....	59
10.2	Forskning.....	59
10.3	Kvalitet i almen praksis.....	60
10.4	Efteruddannelse.....	62
<b>11.</b>	<b>Cyber- og informationssikkerhed.....</b>	<b>64</b>
<b>12.</b>	<b>Andre konkrete ændringer.....</b>	<b>66</b>
12.1	Opfølgning på tilbuddet om samtaleterapi.....	66
12.2	Justering af Aftale om styrket opfølgingsindsats.....	67
12.3	Digitale forløbsplaner.....	68
12.4	Henvielse til teleKOL.....	70
12.5	Beregning af højstegrænser.....	70
12.6	Sanering af tillægsydelser (inkl. webpatient).....	71
12.7	Personale og udførelse af ydelse 0120.....	72
12.8	Markering af regning ved digitalt sundhedskort.....	73
12.9	Indkøb af værnemidler og håndsprit i pandemisituation.....	73
<b>13.</b>	<b>Økonomiprotokollat.....</b>	<b>74</b>
<b>14.</b>	<b>Aftalens økonomi.....</b>	<b>78</b>
<b>15.</b>	<b>Ikrafttrædelse.....</b>	<b>79</b>

## BILAG

Bilag 1	Faglige rammer for pilotprojekt vedr. klinisk indsats for multisyge.....	80
Bilag 2	Protokollat om fast tilknyttet læge på plejehjem.....	85
Bilag 3	Protokollat om styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner..	89
Bilag 4	Anvendelse af videoløsninger i almen praksis.....	94
Bilag 5	Organisering af Fonden for Almen Praksis og rammer for Kvalitetsprogrammet for almen praksis.....	98
Bilag 6	Funktioner vedr. kvalitet, efteruddannelse og lægedækning.....	111
Bilag 7	Protokollat om tilskudsberettiget efteruddannelse.....	113
Bilag 8	Moderniserings af tutorlægeaftalen.....	128
Bilag 9	Handlingsplan om cyber- og informationssikkerhed.....	133

## 1. Ulighed i sundhed

De praktiserende læger spiller en meget betydningsfuld rolle i det samlede sundhedsvæsen i forhold til bekæmpelse af ulighed i sundhed. Det gør sig særligt gældende i forhold til den kontinuitet og nære kontakt, som de praktiserende læger kan tilbyde de mest sårbare patienter.

En særlig opsøgende indsats overfor udvalgte sårbare borgere kan medvirke til at somatiske sygdomme opspores tidligt og at alvorlige komplikationer kan forebygges.

Parterne er derfor enige om, at almen praksis bør være opsøgende og støttende i forhold til særligt sårbare patienter – børn som voksne, der ikke selv kontakter almen praksis, selvom de kan have behov for en indsats i sundhedsvæsenet.

Med denne overenskomst aftales der et målrettet fokus på særligt sårbare børn og deres familier, borgere der bor på botilbud og borgere med forskellige grader af psykisk sygdom.

### 1.1. Styrket indsats for sårbare børn

Ulighed i sundhed begynder allerede i barneårene. Derfor kan en opsøgende og øget indsats ikke bare gavne det enkelte barns muligheder, men også hele familiens forhold kan påvirkes, så uligheden reduceres.

For at mindske ulighed i sundhed for børn og deres familier er parterne enige om at styrke almen praksis' indsats for børn og deres familie med mulige udfordringer. Det omfatter:

- En opsøgende indsats i forhold til børneundersøgelser samt ved behov en konsulterende samtale til børn/familier med særlige udfordringer,
- En generel styrket kommunikation og koordination mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje.

*Børneundersøgelse med en konsulterende samtale til børn/familier med behov*  
Almen praksis finder – på baggrund af opgørelser fra regionerne kombineret med data i klinikken – de børn/familier, hvor børn i alderen 1 til 5 år ikke er set til en eller flere børneundersøgelser, og kontakter udeblevne familier hvor den

manglende børneundersøgelse antages at skyldes mangel på ressourcer m.v. Hvis det vurderes relevant, tilbydes barnet/familien en konsulterende samtale i direkte forlængelse af børneundersøgelsen.

Vurderingen af, hvad der tilbydes det enkelte barn/familien sker på baggrund af en individuel og konkret vurdering med baggrund i lægens (manglende) kendskab til familien og de informationer, som fremgår af patientjournalen, og den opsøgende kontakt til familien. De forhold, som bør indgå i den konkrete vurdering for brug af den konsulterende samtale er, om der er forhold eller udfordringer i hjemmet/familien af betydning for barnets trivsel, fx sygdom i familien, skilsmisse, arbejdsmarkedstilknytning/økonomi, misbrugsproblemer, m.v.

De alderssvarende børneundersøgelser følger og tilrettelægges som beskrevet i Sundhedsstyrelsens retningslinjer<sup>1</sup> og er ens for alle børn. Tilsvarende gælder for vaccinationer, som ydes som led i børneundersøgelser, hvorfor den opsøgende indsats overfor relevante udeblevne børn kan påvirke vaccinationsdækningen.

#### *Ydelsesindhold*

I den konsulterende samtale benyttes relevante samtaleteknikker, som bl.a. skal give rum for information om barn/familien i forhold til familiens oplevelser, erfaringer og ressourcer. Lægen skal med baggrund heri motivere til indsatser og handlemuligheder, som kan påvirke barnets trivsel.

Som en del af sidstnævnte indgår, at lægen og familien drøfter de muligheder, som bl.a. sundhedsplejen eller andre aktører, kan bistå med.

Den praktiserende læge bør, hvis det er relevant, aftale en opfølgende konsultation i forhold til konkret sygdom/problemstillinger hos barnet/familien, som adresseres som led i børneundersøgelsen og den konsulterende samtale, med henblik på at skabe grundlag for bedre kontakt med barnet/familien fremadrettet.

Endelig kan den praktiserende læge iværksætte yderligere kontakt til kommu-

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, fra 2011, kapitel 10.

nen om forhold for børn/forældrene således at de børn/familier, som har behov, får mulighed for at få en understøttende indsats.

### *Økonomi*

Det anslås, at ca. 50.000 børn/familier vil udeblive i de første to overenskomstsår. Af disse vil halvdelen skyldes forglemmelse, mens den anden halvdel vil være i målgruppen for børneundersøgelse med konsulterende samtale. Over tid – fra 3. overenskomstsår forventes antallet af børn/familier, som udebliver, at falde, hvorfor ca. 40.000 børn/familier vil udeblive årligt, hvoraf ca. 20.000 af disse er i målgruppen for den opsøgende indsats vedr. børneundersøgelse med konsulterende samtale.

En børneundersøgelse honoreres i henhold til profylakseaftalen. Den konsulterende samtale, som ydes i tillæg til børneundersøgelsen, honoreres i henhold til overenskomsten med 312,82 kr. pr. 1. april 2021.

Med det forventede antal udeblevne børn/familier vil indsatsen koste 3,9 mio. kr. i hhv. 1. og 2. overenskomstsår, og 6,3 mio. kr. årligt fra 3. overenskomstsår for den konsulterende samtale i tilknytning til den alderssvarende børneundersøgelse.

## 1.2. Styrket kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje

Den elektroniske kommunikation mellem almen praksis og kommunerne i forhold til børn og unge baserer sig fortrinsvist på lægens skærpede underretningspligt til Børne- og Familieafdelingen i kommunerne ved mistriksel. Dette kan dog opleves som indgribende for familie/barn, men er almen praksis' eneste mulighed for at gøre kommunen opmærksom på et barns og familiens behov.

Parterne er derfor enige om, at der i hele landet skal være mulighed for direkte elektronisk kommunikation mellem kommunens praktiserende læger og sundhedsplejen, som vil styrke koordinationen mellem parterne i de situationer, hvor det ikke er relevant at foretage en egentlig underretning, men hvor sundhedsplejen evt. vil kunne yde støtte og hjælpe barnet/familien videre.

Kommunikationen mellem de praktiserende læger og sundhedsplejen baserer

sig på MedCom's standarder og betyder, at alle kommuner har oprettet ét lokationsnummer til sundhedsplejen, som de praktiserende læger oplyses om via KLU.

Den elektroniske kommunikation indebærer, at lægen kontakter sundhedsplejen direkte, hvor lægen finder det hensigtsmæssigt og relevant at sundhedsplejen vil kunne yde støtte og evt. hjælpe familien videre. Sundhedsplejen vil tilsvarende kunne kontakte almen praksis, hvis de er bekymrede for egentlig sygdom – somatisk såvel som psykisk, samt mistriksel hos barnet, hvor forældrene ikke selv forventes at kontakte lægen.

Parterne er videre enige om, at kommunikationen med sundhedsplejen danner grundlag for, at det i overenskomstperioden afsøges, om og hvordan, der kan etableres en elektronisk kommunikation mellem almen praksis og kommunernes pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR). Dette da et stigende antal forældre/børn og unge henvender sig i almen praksis med oplevet mental mistriksel, hvor lægens handlemuligheder i dag er begrænsede, hvis der ikke er behov for udredning og behandling i psykiatrien, men PPR kan hjælpe familien/barnet og den unge videre med den rette støtte.

Den elektroniske kommunikation mellem kommunens praktiserende læger og sundhedsplejen erstatter ikke lægens skærpede underretningspligt til Børne- og Familieafdelingen for de tilfælde, hvor det er relevant.

### 1.3. Sundhedstjek til borgere på botilbud

Personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne lever i gennemsnit ca. 15 år kortere end andre. Det er der flere årsager til, bl.a. tilbageholdenhed med at kontakte læge, som kan betyde uopdaget somatisk sygdom, ubehandlet og/eller manglende efterlevelse af iværksat behandling. Desuden er der ofte kontakter med mange forskellige aktører, både på sundheds- og socialområdet, hvorfor koordinering og overblik er udfordret.

For at reducere uligheden i sundhed blandt personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og 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 på botilbud.

### *Målgruppe*

Sundhedstjek tilbydes til personer på 18 år og derover, med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud, med henblik på at øge deres levetid samt livskvalitet. Ifølge Danmarks Statistik opholder ca. 25.000 personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne sig på botilbud<sup>2</sup>.

### *Indsats*

Da almen praksis ikke systematisk, herunder via klinikdata m.v., kan tage initiativ til sundhedstjekket, vil den første kontakt som udgangspunkt ske ved, at personale på botilbud kontakter almen praksis for aftale af sundhedstjek. Er den praktiserende læge vidende om patientens ophold på botilbud fx med baggrund i tidligere kontakt, kan lægen dog godt tage initiativ til sundhedstjekket. Når den praktiserende læge har ydet sundhedstjek én gang, bør lægen benytte dette som grundlag for sin opsøgende indsats, herunder aftale om sundhedstjek fremover.

Sundhedstjekket gennemføres hvert andet år, men kan dog under særlige omstændigheder ved komplicerede forløb, fx hvor patienten har mange kontakter med det øvrige sundhedsvæsen, fx mange (gen)indlæggelser, benyttes en gang årligt.

Sundhedstjekket ydes på botilbuddet, så det kan gennemføres i forhold til personens behov og således, at det er muligt at sikre involvering af pårørende samt personalet på botilbuddet. Lægen har typisk forud for første sundhedstjek en kommunikation med personalet på botilbuddet og/eller pårørende om forhold, det kan være hensigtsmæssigt at inddrage under sundhedstjekket.

### *Ydelsesindhold*

Sundhedstjekket omfatter bl.a. følgende elementer:

- Afdækning af patientens forhold og introduktion af praksis som tovholder for patientens samlede behandling og behandlingsforløb. Herunder

---

<sup>2</sup> Botilbud efter servicelovens § 107/108 og botilbud efter almenboligloven med støtte efter Servicelovens § 85



for samarbejde med pårørende og professionelle aktører, fx personale i hjemmesygepleje/botilbud.

- Helbredsundersøgelse og -vurdering mhp. afdækning af somatisk sygdom, herunder om relevant ved brug af laboratorieydelser.
- Status på evt. eksisterende behandling og tilpasning heraf, herunder ajourføring og gennemgang af medicin samt vurdering af compliance.
- Udarbejdelse af en aftale/plan med patienten og pårørende/personale m.v., om indsatsen, så disse er bedre rustet til på egen hånd at hjælpe patienten. Aftalen/planen kan omfatte en forebyggende indsats, en eller flere konkrete behandlingsindsatser eller henvisning m.v.
- Relevante pårørende/personale m.v. orienteres om planen.
- Hvis det er relevant, aftales opfølgende kontakt og/eller faste kontroller.

Den del af sundhedstjekket, som omfatter egentlige helbredsundersøgelse og -vurdering samt gennemgang af eksisterende behandling sker ved lægen, men oftest vil den samlede indsats under ydelsen sundhedstjek blive ydet i et samarbejde med involvering af klinikpersonale, da ydelsen indeholder en vis koordinerende indsats.

#### *Økonomi*

Ydelsen Sundhedstjek til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud udgør 1.412,77 kr. (apr. 2021-niveau). Dertil tillægges tidsforbrug ved transport i henhold til overenskomstens § 95, stk. 2 pkt. c og evt. kørselsgodtgørelse i henhold til § 61. Ydelsen afregnes udenfor kronikerhonoraret for patienter med KOL og/eller diabetes type 2, ligesom det gælder ydelse 0121 i øvrigt. Relevante tillægsydelser og laboratorieundersøgelser kan afregnes samtidig med sundhedstjekket. Læger som har adresse i nærhed af et botilbud vil have markant flere beboere i patientpopulationen. Dette har betydning for den gennemsnitlige udgift pr. patient sammenlignet med øvrige praksis. Der skal tages højde herfor i forbindelse med fastlæggelse af højstegrænser, jf. afsnit 12.5.

Implementering af ydelsen sker over en treårig periode, dvs. at der i overenskomstperioden udføres ca. 25.000 sundhedstjek.

Parterne er enige om, at der følges op på indsatsen med sundhedstjek til målgruppen i forhold til anvendelse blandt de praktiserende læger medio 2024.

Efter udgangen af overenskomstperioden er det udgangspunktet, at praktiserende læger yder sundhedstjek til målgruppen hvert andet år, og under særlige omstændigheder hvert år.

Da målgruppen udgør ca. 25.000 personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud, vil der fra og med 2025 være ca. 16.000 sundhedstjek årligt. Den samlede udgift til sundhedstjek ved fuld implementering forventes derfor at være 22,6 mio. kr. (apr. 2021-niveau). Dertil skal lægges udgifter til transporttid og kørselsgodtgørelse, som skønnes at udgøre 1,5 mio. kr.

Parterne er enige om, at beboere på botilbud tilbydes sundhedstjek, og ikke fokuseret somatisk undersøgelse, uanset evt. psykisk sygdom.

#### *Opfølgning*

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. Projektet forankres i Fonden for Almen Praksis, og finansieres i forlængelse heraf fra forskningsenhedernes faste bevilling.

Endelig er parterne enige om, at man i overenskomstperioden vil søge dialog med relevante patientorganisationer og Sundhedsstyrelsen i forhold til indsatsen med sundhedstjek med henblik på at inddrage erfaringer og anbefalinger til brug for overvejelser om tilpasning af indsatsen, herunder om samarbejdet med personalet på botilbud.

#### **1.4. Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom**

Mennesker med en række psykiske sygdomme lever i gennemsnit ca. 15 år kortere end andre. Hertil kommer, at mangelfuld opmærksomhed på bivirkninger ved antipsykotiske og antidepressive lægemidler og andre somatiske lidelser, samt manglende efterlevelse af iværksat behandling, vurderes at påvirke såvel levetid som livskvalitet. Videre gælder, at psykisk sygdom og dennes påvirkning

af livsforhold, f.eks. isolation, manglende arbejdsmarkedstilknytning m.m. kan føre til mistrivsel og evt. misbrug, som den syge ikke søger hjælp for, herunder via kontakt med almen praksis.

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 tilbyde en fokuseret somatisk undersøgelse som led i en konsultation eller årskonrol i almen praksis. Almen praksis yder som den del heraf en opsøgende indsats overfor målgrupperne, da patientgruppen ofte ikke alle selv vil kontakte almen praksis for hjælp.

#### *Målgruppe*

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

1. Patienter mellem 18 og 60 år med svær, kronisk psykisk sygdom, som er defineret som patienter med skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom, hvor diagnosen er stillet på psykiatrisk sygehusafdeling eller hos privatpraktiserende speciallæge i psykiatri, samt er i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin i større doser.
2. Øvrige patienter på 18 år og derover med diagnosticeret psykisk sygdom som f.eks. alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD, hvor den praktiserende læger konkret vurderer, på baggrund af sygdommens alvor og patientens livsforhold (f.eks. isolation eller manglende arbejdsmarkedstilknytning), at patienterne er i risiko for at have uopdagede somatiske sygdomme, misbrug og/eller betydelig mistrivsel, som patienten ikke selv kontakter almen praksis med.

Borgere med psykisk sygdom på botilbud er omfattet af det aftalte sundhedstjek, hvorfor de ikke er omfattet af tilbuddet om fokuseret somatisk undersøgelse.

#### *Indsats*

Almen praksis yder en opsøgende indsats overfor begge målgrupper, hvor den konkrete indsats afhænger af målgruppen.

For patienter i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin laver almen praksis 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.

Lægen opretter en indkaldelsesliste og markerer i patienternes journaler, at patienten er i målgruppen for en fokuseret somatisk undersøgelse. Enten kontaktes patienten telefonisk, eller også aftales en undersøgelse, når patienten møder i anden anledning.

Kommunale tilbud eller andre aktører kan ligeledes kontakte almen praksis på vegne af patienter med psykisk sygdom med henblik på at aftale tid til fokuseret somatisk undersøgelse. Ligeledes kan almen praksis anmode om hjælp til kontakt af en patient, såfremt patienten er i kontakt med den pågældende aktør/kommunale tilbud.

Regionerne vil i tillæg hertil afsøge mulighederne for at udarbejde systematiske lister over relevante patientgruppe via hospitalernes medicindata, FMK eller andre nationale registre, der på sigt vil kunne ligge til grund for, hvilke patienter der bør tilbydes en fokuseret somatisk undersøgelse.

For øvrige patienter med psykisk sygdom, der ikke er ordineret Litium eller antipsykotisk medicin, vil det ikke være en mulighed 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, f.eks. i forbindelse med konsultation/møder af andre årsager og ved ordination af medicin, herunder psykofarmaka.

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.

Lægen har i den forbindelse et særligt fokus på de patienter, som ikke henvender sig i almen praksis for receptfornyelse af antipsykotisk medicin eller Lithium, såfremt lægen har behandlingsansvaret.

Den fokuserede somatiske undersøgelse tilbydes i forhold til patientens forhold/behov således, at det er muligt at sikre involvering af pårørende og/eller støttepersoner samt evt. personale på institutioner m.v.

#### *Ydelsesindhold*

Den fokuserede somatiske undersøgelse omfatter:

- Afdækning af patientens egen oplevelse af sit fysiske og psykiske helbred.
- Anamnese, i forhold til aktuelle symptomer, jf. gennemgang af KRAM-faktorer og evt. misbrug.
- Objektiv undersøgelse mhp. afdækning af somatisk sygdom, herunder relevant anvendelse af laboratorieydelser, som ikke er taget forud for evt. årskontrol. Undersøgelsen tager udgangspunkt i de almindelig forekommende følgesygdomme ved psykisk sygdom, herunder bivirkninger ved medicin, og ved mistanke om øvrig udiagnosticeret sygdom undersøges patienten ligeledes herfor.
- Der rådgives om forebyggende tiltag samt lægges en individuel behandlingsplan under hensyn til patientens ønsker, ressourcer og muligheder, hvor der i relevant omfang også henvises til kommunale tilbud om støtte, forebyggelse og/eller rehabilitering.

Den fokuserede somatiske undersøgelse gennemføres i forbindelse med en almindelig konsultation (0101) eller årskontrol (0120). Om der benyttes en konsultation eller en årskontrol som grundlag for tillægsydelsen – fokuseret somatiske undersøgelse, afhænger af hvorvidt patienten opfylder kriterierne for en årskontrol i henhold til ydelsesbeskrivelsen af denne, og findes det ikke at være tilfældet, benyttes en almindelig konsultation.

For at øge egenomsorgen, compliance og fremmøde i klinikken fremadrettet, skal lægen lave aftaler med patienten om behandling, næstkommende kontrol m.v. samt i relevant omfang inddrage støttepersoner/pårørende/personale, dog under hensyn til at patienten samtykker, ligesom der tilknyttes en fast kontaktperson i klinikken. Endvidere kan det aftales, at fremtidige henvendelser både

sker til pårørende/støtteperson og patienten, ligesom lægen elektronisk fremsender behandlingsplanen og forebyggende rådgivning til både pårørende/støtteperson og patienten.

For patienter med diagnosticeret psykisk sygdom mellem 18 og 60 år der er i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin i større doser, tilbydes der en fokuseret somatisk undersøgelse en gang årligt.

For øvrige patienter med diagnosticeret psykisk sygdom kan den fokuserede somatiske undersøgelse afregnes én gang i forbindelse med første konsultation, efter at lægen har foretaget den opsøgende indsats. Efterfølgende er det hensigten, at patienten skal overgå til almindelige forløb med den nødvendige støtte fra klinikken.

Såfremt patienter skifter læge, kan den nye læge afregne en fokuseret somatisk undersøgelse, hvis det vurderes, at patienten ikke selv tager kontakt ved behov, og lægen finder det relevant at se patienten til en fokuseret somatisk undersøgelse.

#### *Specialistrådgivning*

Som en del indsatsen rettet mod patienter med svær psykisk sygdom, som skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom, og patienter med alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD får almen praksis adgang til specialistrådgivning, med henblik på at faglig sparring kan bidrage til at sikre bedre behandling til mennesker med psykisk sygdom. Der etableres derfor i hver region en (eller flere) telefonisk psykiatrisk specialistrådgivning, hvor praktiserende læger kan få sparring med en speciallæge i psykiatri, svarende til de rådgivningsfunktioner, som der er etableret og opnået erfaringer med i relation til KOL og diabetes. Alle regioner har etableret psykiatriske rådgivningsfunktioner inden udgangen af andet overenskomstår.

Herudover bør det regionalt drøftes, hvordan der skabes et tættere fagligt samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien til mennesker med psykisk sygdom i forhold til samarbejde om konkret behandling i øvrigt, herunder f.eks. udbredelse af videokonferencer for koordinering og faglig sparring.

### *Økonomi*

Ydelsen Fokuseret somatisk undersøgelse honoreres med 395,14 kr. (april 2021-niveau) og udgør en tillægsydelse til en konsultation (0101) eller årskontrol (0120).

Det anslås at cirka 60.000 borgere er i behandling med Lithium eller større doser af antipsykotisk medicin og dermed i målgruppen for en årlig fokuseret somatisk undersøgelse, hvoraf de ca. 5.000 dog formodes at opholde sig på botilbud, og derfor modtager sundhedstjek. Målgruppen udgør derfor ca. 55.000 borgere.

Parterne er enige om at implementere den opsøgende indsats og den fokuserede somatiske undersøgelse i første og andet overenskomstår. Fra tredje overenskomstår er udgangspunktet, at alle praktiserende læger yder den fokuserede somatiske undersøgelse hvert år.

Gruppen af øvrige patienter med psykisk sygdom, hvor lægen vurderer, at der er behov for en opsøgende indsats og fokuseret somatisk undersøgelse, forventes at udgøre ca. 50.000 personer over overenskomstperioden.

Udgifter forbundet med den fokuserede somatiske undersøgelse til borgere som er ordineret Litium eller større doser antipsykotisk medicin udgør 10,9 mio. kr. årligt i implementeringsperioden, dvs. overenskomstens to første år, mens de årlige udgifter herefter udgør 21,7 mio. kr. For øvrige borgere med psykisk sygdom forventes udgifterne i overenskomstperioden at udgøre 19,8 mio. kr., hvorved udgifterne kan opgøres til 6,6 mio. kr. årligt.

### *Opfølgning*

Parterne er enige om at følge op på udviklingen og erfaringerne fra SOFIA-projektet om en styrket indsats for gruppen af svært psykiske syge, som omfatter skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom, såvel som gruppen af borgere med alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD med henblik på en evt. tilpasning af indsatsen i almen praksis fremadrettet.

Endelig er parterne enige om også i næstkommende overenskomstperiode at have fortsat fokus på mennesker med psykisk sygdom samt mistrivsel med afsæt i blandt andet regeringens Psykiatrihandlingsplan.



## 2. Bedre lægedækning

Frit lægevalg for alle borgere i hele landet er en afgørende del af parternes fælles vision for 2030. Det indebærer, at andelen af praksis med åben for tilgang gerne skal øges allerede i overenskomstperioden.

En forudsætning for at nå hertil er, at der rekrutteres og fastholdes flere praktiserende læger, bl.a. ved at understøtte en forbedret trivsel og arbejdsglæde i praksis. Derudover ønsker parterne, at flere læger i intro- og hoveduddannelsesforløb vælger almen praksis. Særligt i lægedækningstruede områder er der behov for at styrke lægernes tilknytning til et lokalområde allerede under læge- og videreuddannelsen. Et fagligt attraktivt ophold i praksis under lægestudiet og i klinisk basisuddannelse samt intro- og hoveduddannelsesforløb i disse områder kombineret med den rette understøttelse fra regionen forventes således at kunne tiltrække praktiserende læger på sigt.

Den demografiske udvikling med flere ældre og multisyge patienter vil øge belastningen på almen praksis, hvorfor det er vigtigt, at overenskomsten bidrager til en øget behandlingskapacitet ved at understøtte klinikkerne, så de kan omstille sig til en mere rationel arbejdstilrettelæggelse, gerne med øget anvendelse af personale. Det er afgørende, at overenskomsten bidrager til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt praktiserende læger.

Parterne er blevet enige om følgende anbefalinger og overenskomstmæssige tiltag:

- Anbefalinger om uddannelse af speciallæger i almen medicin
- Organisationsudvikling og lægelig ledelse i praksis.
- Rekruttering, aflastning og fastholdelse af læger
- Lægers tilstedeværelse i klinikken

### 2.1 Anbefalinger om uddannelse af speciallæger i almen medicin

Lægeuddannelsen skal være indrettet efter behovene i samfundet. Det stigende antal ældre og multisyge patienter medfører et øget behov for generelle og almenmedicinske færdigheder og et behov for flere generalister i det nære sundhedsvæsen. Derfor er der allerede oprettet flere hoveduddannelsesforløb i almen medicin.

Opslag af stillinger er dog ingen garanti for at forløbene besættes. I 2019 inden udvidelsen af dimensioneringen blev 87 % af hoveduddannelsesforløbene besat svarende til 38 ubesatte forløb. Det er særligt forløb, som er placeret langt fra de store universitetsbyer, som er vanskelige at besætte. Overenskomstens parter ser med stor alvor på disse udfordringer og har derfor aftalt følgende anbefalinger, som kan bidrage til at ændre udviklingen.

#### *Introduktionsforløb i almen medicin*

Der skal sikres en tilstrækkelig stor mængde ansøgere til hoveduddannelsesstillinger, og derfor er der behov for at opslå flere introstillinger i almen medicin. Man har i flere regioner gennem mange år opslået faktor 1,3 af introstillinger i forhold til hoveduddannelsesstillinger. 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.

#### *Jævn geografisk fordeling af nye hoveduddannelsesforløb*

Når der etableres flere hoveduddannelsesforløb i almen medicin, er det vigtigt at placere dem geografisk med omtanke. Det er ikke helt ligegyldigt, hvor hoveduddannelsesforløbene placeres. Placeres de i de større byer, er det nemmere at besætte dem, fordi der ikke er rekrutteringsvanskeligheder her. Omvendt kan der være en risiko for, at de ikke flytter sig til de egne af landet, hvor der er lægemangel. Parterne opfordrer til, at regionerne afprøver forskellige modeller for, hvor man opslår uddannelsesforløbene under hensyn til det langsigtede mål om at få flere læger til at slå sig ned i lægedækningstruede områder.

#### *Større fleksibilitet i den lægelige videreuddannelse*

I sundhedsvæsenet, som på arbejdsmarkedet generelt, vil der i fremtiden være behov for at tænke uddannelse og kompetencer meget mere fleksibelt. Også i den lægelige videreuddannelse bør der være mere fleksibilitet, fx så det bliver lettere både under studiet og senere som uddannet speciallæge at skifte til almen medicin og blive meriteret i det omfang, det er fagligt relevant. Det anbefales, at muligheder herfor evt. drøftes i *Arbejde med revision af den lægelige videreuddannelse*, som Sundhedsstyrelsen er ved at igangsætte.

#### *Opbygning af fagligt attraktive uddannelsesforløb i de lægedækningstruede områder*

Et væsentligt bidrag til fremadrettet at få flere praktiserende læger i lægedækningstruede områder er, at flere læger vælger at tage deres videreuddannelse i disse områder. Det skal være endnu mere fagligt attraktivt at være praktiserende læge i områder, hvor der er langt til sygehusene. Parterne er enige om at anbefale ekstra fokus på fagligt attraktive forløb for introstillinger og hoveduddannelsesforløb i de lægedækningstruede områder med henblik på at sikre et særligt godt og inspirerende forløb både i form og indhold.

Der er flere strenge at spille på i forhold til dette.

a) Adgang til kurser

Det anbefales, at intro-læger og læger i hoveduddannelse i almen medicin vederlagsfrit skal have adgang til kurser indenfor PLO-E, både i den selvvalgte og i den systematiske del. Fonden for almen praksis dækker et erstatningsbeløb til uddannelseslægen i forbindelse med deltagelse i kurser i dagtiden.

Der bør desuden ses på, om nogle af de tiltag, der aftales på projektniveau (fx ultralyd) i overenskomstregi, kompetenceudviklingsmæssigt kan tilbydes som et ekstra gode, som ligger udover det uddannelsesmæssige sigte, til uddannelseslægerne i de lægedækningstruede områder. Dette kræver en styrkelse af kompetenceniveauet hos tutorlægerne, jf. nedenfor om modernisering af tutorlægeaftalen.

b) Styrket faglig bredde

Delelementer i uddannelserne kan også kombineres, så et forløb som består af uddannelse på både sygehus og i almen praksis tilrettelægges, f.eks. så en højt efterspurgt geografisk placering på sygehuset, fx de store universitetshospitaler, kombineres med et forløb i almen praksis i områder, der oplever lægemangel. Lægerne kan dermed som en del af uddannelsen få kendskab til, hvordan det er at drive en almen praksis uden for de store byer.

Danske Regioner vil drøfte tiltag vedrørende tilrettelæggelsen af videreuddannelsen med videreuddannelsesregionerne, herunder også om der er øvrige tiltag, der kan understøttes via videreuddannelsesregionerne.

Parterne opfordrer til, at læger der videreuddanner sig i almen medicin i et lægedækningstruet område, får adgang til ophold i speciallægepraksis under deres

videreuddannelse – også speciallægepraksis som kan ligge langt fra deres hoveduddannelse. Dette kan fx drøftes i forbindelse med Sundhedsstyrelsens *arbejde med revision af den lægelige videreuddannelse*.

Tilsammen kan disse tiltag (afsnit b) medvirke til at sætte et bredt funderet aftryk på at styrke den faglige bredde, som læger kan opnå i et lægedækningstruet område.

c) Bedre rammer for intro-læger og læger i hoveduddannelsesforløb i de lægedækningstruede områder

Det skal gøres nemt for læger enten at vælge introstilling eller hoveduddannelsesforløb i en praksis i et lægedækningstruet område. Regionerne vil derfor arbejde for at sikre et lokalt boligtilbud for intro-læger og læger i hoveduddannelse indenfor almen medicin, som lægen kan leje, i det omfang som det kan lade sig gøre. Flere hospitaler har boligordninger målrettet læger og speciallæger, som kan tjene til inspiration.

*Styrkelse af tutorlæger i lægedækningstruede områder*

d) Sikring af tutorlægefunktionen i lægedækningstruede områder

Tutorlægerne spiller en nøglerolle i videreuddannelsen af de yngre læger i almen praksis, og har kontakt med et stort antal uddannelseslæger. I takt med at der også uddannes flere almen medicinske speciallæger, er det oplagt at styrke tutorlægefunktionen og de almen medicinske uddannelseskoordinatorer med henblik på at sørge for et godt uddannelsestilbud. Det kunne fx være ved at styrke kompetenceudvikling i forhold til begge funktioner. I en del lægedækningstruede områder er arbejdsbelastningen for de praktiserende læger så høj, at tutorfunktionen risikerer at lide derunder. Derfor er det vigtigt, at der er fokus på, at tutorlægers arbejdsbelastning søges nedbragt, fx ved at anvende overenskomstens mulighed for at etablere delepraksis, så de i videst muligt omfang får tid og kræfter til at give uddannelseslægerne en god supervision og støtte i deres daglige uddannelse.

e) Uddannelseslæger og tutorlæger skal matches i lægedækningstruede områder

Regionerne vil arbejde for i regi af de lægelige videreuddannelsescentre via en håndholdt indsats i højere grad at matche uddannelseslæger med tutorlæger.

Fx ved at skabe mere information om, hvilke konkrete tutorlægepraksis der findes i de lægedækningstruede, så kontakt mellem uddannelses-/introlæge og tutorlæge sikres.

## 2.2 Organisationsudvikling og lægelig ledelse i praksis

For nogle læger kan det være svært at skabe en effektiv organisering af praksis. Når læger fx flytter til nye lokaler og får mere personale, kan disse forandringer i sig selv skabe et behov for at ændre i arbejdsgange og procedurer. Samtidigt går udviklingen i retning af større praksis med flere ansatte.

Der sættes derfor målrettet ind ift. organisations- og ledelsesudviklende tiltag i almen praksis.

Ledelse og organisation er ikke et område, der fylder meget i hverken overenskomsten eller i speciallægeuddannelsen, hvorfor praktiserende læger og især delehed ny-nedsatte kan have brug for redskaber og sparring.

Organisations- og ledelsesudvikling har til formål:

- at sikre en god og hensigtsmæssig anvendelse af flere forskellige personalegrupper i praksis,
- at frigøre lægetid ved at understøtte fagligt forsvarlig uddelegering af opgaver, fx ifm. håndtering af patienter med kronisk sygdom,
- at styrke kompetencer indenfor klinikdrift, faglig ledelse og ledelse i fællesskab (fx i kompagniskaber).

Alle elementer kan bidrage til at skabe arbejdsglæde og trivsel for læger og det samlede personale i almen praksis. Det kan desuden medvirke til at øge behandlingskapaciteten i praksis.

Videokonsultation (som beskrives i aftalens pkt. 6) kan både for patient og læge give en fleksibilitet ift. tilrettelæggelse af behandlingen ved store afstande mellem klinik og patientens bopæl og kan dermed bidrage til den organisatoriske udvikling i almen praksis.

Parterne er enige om at sætte ind på følgende områder:

*Styrkelse af lægelig ledelse og organisationsudvikling ved individuel rådgivning og sparring*

Ved aftale af 21. december 2010 blev parterne enige om at indføre et tilbud om struktureret rådgivning og støtte til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksis. Tilbuddet er beskrevet i Protokollat til overenskomsten. Forpligtelsen til at levere tilbuddet fremgår af Overenskomstens § 6.

Opgaven med at understøtte organisations- og ledelsesudvikling løses forskelligt set på tværs af regioner. Når det fungerer godt, udgør tilbuddet en væsentlig brik i at håndtere de store og små udfordringer i relation til organisation og ledelse, som praksis kan løbe ind i. De bedste tilbud indeholder ud over hjælp til praksisudvikling, desuden hjælp til praksismanagement til udfordrede læger og understøttelse af ny-nedsatte læger, der har brug for sparring i startfasen.

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

- Ledelsessparring ift. 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

De regionale konsulenter kan enten være praktiserende læger, eller personer der har et solidt indblik i almen praksis, som tillige har en solid viden om organisations- og ledelsesstøtte og udvikling.

Regionerne sikrer videndeling på tværs af de fem regioner med inddragelse af organisations- og ledelseskonsulenter fra PLO-E.

Der afsættes 15,4 mio. kr. stigende til 18,7 mio. kr. årligt finansieret af Fonden for almen praksis, der bl.a. skal finansiere en udvidet konsulentfunktion målrettet organisationsudvikling samt yderligere opgaver vedr. kvalitet og efteruddannelse. Det samlede formål for anvendelse af den afsatte økonomi er beskrevet i bilag 6.

### *Kompetenceudvikling indenfor ledelse og organisationsudvikling*

Organisation og ledelse indgår som elementer i såvel speciallægeuddannelsen, som i den systematiske efteruddannelse. På speciallægeuddannelsen gives en kort introduktion til praksisledelse og køb af praksis. I den systematiske efteruddannelse er der i 2020 vedtaget to nye temaer om organisation og ledelse (*Faglig ledelse og Ret & Pligt – Lægejura*). Særligt for ny-nedsatte læger kan der være behov for en styrkelse af deres kompetencer indenfor dette felt.

### Ny-nedsatte læger

Et nyt struktureret tilbud skal medvirke til at give ny-nedsatte læger nogle gode rutiner med fra starten af deres praksisliv, forebygge konflikter i kompagniskaber samt dygtiggøre dem i effektiv klinikdrift og brug af klinikpersonale, som kan medvirke til en øget behandlingskapacitet. Tilbuddet kan tillige være med til at forebygge arbejdsrelateret stress hos de ny-nedsatte læger. Tilbuddet skal være en fortsættelse af kurserne på specialuddannelsen.

Ny-nedsatte læger tilbydes på den baggrund deltagelse i tilbuddet "Ny i praksis", der blandt andet skal indeholde moduler i:

- Lederuddannelse (Både personaleledelse og strategisk ledelse)
- Tilrettelæggelse af effektiv praksisdrift, fx brug af personale, videokonsultation og tilrettelæggelse af omsorg for patienter med kroniske sygdomme
- Forebyggelse af konflikter i kompagniskaber

Det tilstræbes at gennemføre to årlige forløb af tre dages varighed. Tilbuddet er i forhold til kursusudgiften gratis for de ny-nedsatte læger. Transport og tabt arbejdsfortjeneste kan søges dækket som selvvalgt efteruddannelse. Kursusudgiften til dette forventes at udgøre 1,0 mio. kr. årligt.

Derudover skal tilbuddet bestå i deltagelse i regionale netværksgrupper under DGE-ordningen med andre ny-nedsatte praktiserende læger, så de unge læger kan støtte hinanden. Jf. efteruddannelsesprotokollatet har de regionale efteruddannelsesvejledere og -koordinatorer en særlig forpligtelse til at tage sig af de ny-nedsatte læger.

Ekstra udfordrede læger tilbydes en mentor eller en tilknyttet organisationskonsulent fra regionen.

Tilbuddet administreres af PLO-Efteruddannelse. Ny-nedsatte læger opfordres til at deltage i disse aktiviteter som et supplement til deres deltagelse i den systematiske efteruddannelse indenfor bl.a. faglig ledelse og lægejura. Det er vigtigt, at tilbuddet tilrettelægges på en måde, så lægen kan overskue at sætte tiden af til det og har mulighed for at deltage uden at lukke klinikken.

#### Erfarne læger (læger med egen praksis i mere end fem år)

Der etableres efteruddannelse med fokus på organisationsudvikling og effektiv klinikdrift, som ligger udover de eksisterende tilbud under den systematiske efteruddannelse om organisation og ledelse. Deltagelse i denne type efteruddannelsesaktivitet godkendes som tilskudsberettiget, som en del af den selvvalgte efteruddannelse. Udbuddet af denne efteruddannelse indenfor klinikdrift skal ske i en koordineret indsats mellem de fem regioner og PLO-Efteruddannelse. For at gøre dette tilbud attraktivt ydes et særligt tilskud til læger der deltager i kurser om klinikdrift, ledelse og organisationsudvikling.

Den årlige tildeling til lægernes efteruddannelse forhøjes, hvis de deltager i kurser og anden efteruddannelse, der omhandler organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis. En forøgelse af de erfarne læger tilskud til efteruddannelse i klinikdrift forventes at føre til et årligt træk på 2 mio. kr. årligt. Dertil kommer udgifter til PLO-E for udvikling af kurserne det første overenskomst-år. Dette forventes at udgøre 350.000 kr.

#### *Uvildigt organ til at håndtere konflikter i kompagniskaber*

Konflikter blandt læger, som ejer en praksis sammen, kan være udløst af forskellige ønsker til opgaveløsning i kompagniskabet eller et underliggende arbejdspress. Ofte vil det udløse stress-sygemeldinger, og dermed bidrage negativt til lægedækningen og være til gene for de tilmeldte patienter.

PLO har vanskeligt ved at hjælpe læger med at håndtere konflikter i kompagniskaber, da begge parter er medlem af PLO. På samme måde har regionernes forskellige tilbud svært ved at gå ind i konflikterne.

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 og fastholdelse af læger og aflastning af ældre læger

Manglen på praktiserende læger er særligt udtalt i visse dele af landet, ofte områder som også er karakteriseret ved at have en stor andel af ældre og borgere med mange samtidige kroniske sygdomme.

Parterne er enige om i overenskomsten at skabe incitamentter til at nedsætte sig som praktiserende læge, særligt i de lægedækningstruede områder.

I de fleste praksis har den praktiserende læge mulighed for i nogen grad selv at tilrettelægge sin egen seniorordning gennem anvendelse af vikar og tilrettelæggelsen af arbejdet i klinikken. Den mulighed har læger (og især mindre klinikker) i lægedækningstruede områder oftest ikke

For at undgå at et stort antal praktiserende læger på en gang trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet er parterne enige om at det samtidigt skal gøres attraktivt for de ældre læger at blive nogle ekstra år på arbejdsmarkedet.

På denne baggrund aftales følgende tiltag:

#### *Delepraksisophør og tildeling af ekstra lægekapacitet i lægedækningstruede områder*

Med overenskomsten i 2018 blev der indført en ret til at etablere delepraksis i en periode på op til seks år for praksis beliggende i lægedækningstruede områder. Parterne er enige om, at praksisejere, der driver virksomhed i lægedækningstruede områder, i forlængelse af denne seksårige periode, kan få tilført en ekstra lægekapacitet, så driften kan opretholdes på samme niveau, når perioden for delepraksis udløber.

*Forlængelse af delepraksis for læger over 62,5 år i lægedækningstruede områder*  
Læger over 62,5 år<sup>3</sup>, der har klinik i et lægedækningstruet område i henhold til praksisplanen, har ved udløbet af det 6. år efter etablering af delepraksis, ret til at forlænge delepraksis i indtil yderligere 6 år. Ordningen er personlig og kan ikke overdrages til anden part ved videresalg. Aldersgrænsen hæves fremadrettet med udgangspunkt i udviklingen i pensionsalderen.

---

<sup>3</sup> Pensionsalderen for personer født mellem 1.1.1954 – 30.6.1954 minus 3 år.

### *Aflastning af læger over 60 år i lægedækningstruede områder ved supervision fra kollega*

Læger over 60 år som praktiserer i et lægedækningstruet område, kan indgå aftale med en eller flere andre læger, der i op til 30 dage årligt af 1-2 dage ad gangen, superviserer klinikpersonale og tager sig af akut lægehjælp for praksis, så lægen kan holde fri.

### *Korttidsansættelse af læger udenfor normering i lægedækningstruede områder*

Vikarer kan i henhold til overenskomsten kun bruges som stedfortrædende læger, dvs. de kan ikke arbejde i praksis på samme tid som den faste læge i praksis. Parterne er enige om, at læger, der runder 62,5 år skal kunne ansætte vikarlæger udenfor normering, således at vikaren kan arbejde på samme tid som de i praksis faste læger, som arbejder i en kapacitet i henhold til overenskomsten. Aldersgrænsen hæves fremadrettet med udgangspunkt i udviklingen i pensionsalderen. Muligheden er kun gældende i lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen. Ansættes en læge i en længere tidsperiode, opfordrer parterne praksis til at registrere lægen som en delelæge, således at lægens navn registreres hos regionen og fremgår af lægevalgslisten som en fast læge praksis.

### *Ret til at etablere generationsskifteaftale for læger over 62,5 år*

Med henblik på at lette praksisoverdragelse har en praktiserende læge fra vedkommende bliver 62,5 års (jf. fodnote 4) ret til at indgå generationsskifteaftale ved ansættelse af en speciallæge i almen medicin uden at have en ledig kapacitet. Efter 2 år skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis. Lægerne kan fortsætte kompagniskabet indtil den ældre læge vælger at lade sig pensionere. Aldersgrænsen hæves fremadrettet med udgangspunkt i udviklingen i pensionsalderen.

### *Opsøgende hjælp fra datakonsulenter*

Regionerne skal udbyde opsøgende hjælp fra udkørende datakonsulenter til ældre læger, der har behov for sparring og hjælp til nye opgaver og krav. Understøttelsen skal ses i sammenhæng med øvrige udkørende konsulenter.

### *Modernisering af tutorlægeaftalen*

Uddannelse af flere speciallæger i almen medicin er afgørende for den fremtidige lægedækning. For at almen praksis skal kunne tage imod et større antal

uddannelseslæger end i dag, er parterne enige om at modernisere turlægeaftalen, hvor der hidtil har været en begrænsning på antal uddannelseslæger pr. lægekapacitet.

Moderniseringen indebærer, at der i lægedækningstruede områder i samme solo praksis og for hver godkendt tutorlæge i et kompagniskab samtidigt kan være tilknyttet to uddannelseslæger i 6- eller 12-måneders forløb, under forudsætning af, at det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse efter en individuel vurdering har fundet det fagligt hensigtsmæssigt, blandt andet ud fra en vurdering af antal tilmeldte patienter i praksis, lokaleforhold og adgang til supervision i dagligdagen. I solo praksis, der er etableret som delepraksis, forudsættes det, at begge læger er godkendte tutorlæger.

Det månedlige honorar for at have uddannelseslæger tilknyttet hæves med 33 %, således at det udgør 9001,13 kr. (apr. 2021-niveau) for tutorlæger i lægedækningstruede områder. Løftet skal understøtte etablering af lokalefaciliteter til ekstra uddannelseslæger, og generelt sikre at det er attraktivt at være tutorlæge i områder med lægemangel.

En revideret tutorlægeaftale er vedlagt i bilag 8.

#### *Forebyggelse af stress-sygemeldinger*

Administrationsudvalget har til opgave at administrere de beløb, der i henhold til Overenskomst om almen praksis § 86 indbetales til udvalget. Midlerne skal anvendes til sygehjælp og hjælp til barsel mv. til praktiserende læger, ansatte læger, vagtlæger og vikarer. Administrationsudvalget spiller derfor på flere områder en central rolle i forhold til lægedækning.

Administrationsudvalget har i forlængelse af stigningen i indbetalingsprocenten ved sidste overenskomst i 2019 valgt at dække alle ansatte læger i forbindelse med barsel og sygdom.

Administrationsudvalget har desuden gennem de seneste par år påbegyndt arbejdet med at hjælpe stressramte medlemmer gennem tilbuddet "kriseramte læger" med henblik på at forebygge og forkorte stresssygemeldinger.

Der er enighed om, at Administrationsudvalget i endnu højere grad skal arbejde med at forebygge stress og sygdom blandt praktiserende læger.

Overenskomstens § 87, stk. 2 ændres, så efteruddannelsesformål udgår af Administrationsudvalgets formålsbestemmelse og erstattes med et formål om, at Administrationsudvalget også skal forebygge sygdom blandt praktiserende læger.

Indbetalingerne til Administrationsudvalget reduceres fremadrettet med det beløb, der hidtil er overført til efteruddannelsesformål svarende til 7,1 mio. kr. (apr. 2021-niveau), mens de midler, der tilgår Efteruddannelsesfonden fra regionen stiger tilsvarende.

*Udvidet mulighed for ansættelse af ikke-speciallæger med overstået KBU i almen praksis og andre speciallæger i op til seks måneder*

Læger, der som minimum har haft KBU i almen praksis, får med denne overenskomst mulighed for at være ansat i almen praksis i op til 6 måneder som vikar. Det skal fortsat være et krav, at man som klinikejer er speciallæge i almen medicin og er fysisk til stede, når ikke-speciallæger med overstået KBU arbejder i klinikken. En ansat ikke-speciallæge i almen medicin eller en læge med et andet speciale skal således sikres nødvendig supervision i arbejdet 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.

*Udvidet muligheder for at andelen af ansatte læger kan udgøre mere end halvdelen af antallet af lægekapaciteter*

Med overenskomsten i 2018 blev begrænsningen af andelen af ansatte læger i en praksis fjernet i lægedækningstruede områder. Parterne er nu enige om, at der også i ikke-lægedækningstruede områder kan opstå situationer med behov for at lempe på bestemmelsen om, at antallet af ansatte læger højst må udgøre halvdelen af antallet af lægekapaciteter. Derfor åbnes op for, at praksis kan søge om Samarbejdsudvalgets tilladelse til at besætte mere end halvdelen af lægekapaciteter i en praksis med fastansatte speciallæger i almen medicin.

*Deleansættelser mellem hospital og almen praksis*

Overenskomst om almen praksis giver i dag mulighed for, at læger der har ansættelse på sygehus, klinikker, laboratorier eller lignende samtidig kan virke i almen praksis, såfremt der foreligger en dispensation fra samarbejdsudvalget.

Parterne er enige om, at muligheden ikke er kendt, hvorfor man er enige om at udbrede kendskabet hertil, således at almenmedicinske speciallæger, som har ansættelse, fx på et hospital, i større omfang får mulighed for at snuse til arbejdet i almen praksis. Ansættelse i begge sektorer kan ske som led i en generationskifteaftale eller ved at indgå i delepraksis.

#### *Reduktion af attestarbejde*

Almen praksis udfører en del attestarbejde på både beskæftigelsesområdet, det kommunale område og for forsikringsselskaberne.

Parterne er enige om, at der med henblik på at aflaste almen praksis i overenskomstperioden skal ses på, om der er noget af dette attestarbejde, der enten kan organiseres anderledes, bortfalde eller løses udenfor almen praksis.

Afdækning af mulighederne for en mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet med lægeattester skal i første omgang ske i regi af den arbejdsgruppe, hvor både Danske Regioner, KL og PLO er repræsenteret, og som regeringen har nedsat med samme formål. Når dette arbejde er afsluttet, vil parterne tage stilling til, om der kan foretages yderligere afdækning af området og i givet fald nedsætte en arbejdsgruppe til formålet.

## 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. I lighed med i dag kan Samarbejdsudvalget tage spørgsmål om omfanget af lægers fravær op i udvalget.

Parterne er ligeledes enige om, at en ledig kapacitet maksimalt kan stå ubesat i ét år, inden den skal bemandes af en kompagnon eller en fast ansat læge i henhold til overenskomstens § 20. Det følger allerede af § 15, stk. 1, om ophør i kompagniskab, og ved udvidelse af eksisterende praksis med yderligere kapacitet, tilladelse til delepraksis, eller ved ansat læges ophør i henhold til § 20 stk. 2.

Hvis en kapacitet ikke er besat med en fast læge inden for et år, falder kapaciteten tilbage til regionen. Det tilføjes, at regionen kan beslutte at give dispensation herfra, såfremt der generelt er rekrutteringsudfordringer i det geografiske område.

Parterne ønsker at præcisere, 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.

### **Konkrete ændringer i Overenskomst om almen praksis**

#### Tilføjelse til § 11, nyt stk.:

Klinikken skal over for regionen samt i praksisdeklarationen oplyse, hvilke læger der virker fast i klinikken. Det er de navngivne læger, som borgerne skal kunne forvente at møde i klinikken, der skal oplyses om.

#### Tilføjelse til § 46, stk. 2:

Vikar kan kun anvendes ved midlertidigt fravær som f.eks. sygdom, ferie, efteruddannelse, mv. Regionen og PLO-regionalt kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges fravær fra praksis til genstand for drøftelse i samarbejdsudvalget.

#### Tilføjelse til § 12, nyt stk.:

Det er ikke 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.

#### Tilføjelse til § 15, stk. 1:

Hvis en læge i et kompagniskab ophører uden at overdrage sin praksisdelen til en ny læge, er hovedreglen at den ledige lægekapacitet overgår til den/de tilbageværende læge(r) som søger at få den ledige praksisdelen besat med en ny læge inden for en frist på et år. Senest efter et år skal den ledige praksisdelen overdrages til en læge, der tilmeldes denne overenskomst i overensstemmelse med reglerne i § 12, eller der skal være ansat en læge i fast stilling i medfør af reglen i § 20. Fristen på et år

regnes fra den dato, pr. hvilken en læge har meddelt praksisophør til PLO/regionen. Regionen kan beslutte at give dispensation for fristen på et år, hvis der generelt er rekrutteringsudfordringer i det geografiske område.

Tilføjelse til § 20, stk. 2:

Ved en læges praksisophør eller på grund af en tilladelse til udvidelse af praksis/ ny tilladelse til delepraksis skal en ledig kapacitet indenfor et år overdrages til en ny læge, eller der skal være ansat en speciallæge i almen medicin i fast stilling. Regionen kan beslutte at give dispensation for fristen på et år, hvis der generelt er rekrutteringsudfordringer i det geografiske område.

### 3. Udviklingsspor for almen praksis' rolle ved patienter med multisygdom

Program for KOL og diabetes type 2 blev indført i Overenskomst om almen praksis (2018), da parterne havde et fælles ønske om, at almen praksis fremover kan indtage en større rolle i behandlingen af patienter med kroniske sygdomme bl.a. qua deres unikke kendskab til patientens individuelle behov. Kronikerprogrammet indeholdt et koncept for et udvidet ansvar for KOL- og diabetespatienterne, som bl.a. byggede på efteruddannelse af læge og praksispersonale, kronikerhonoraret, specialistunderstøttelse og en datadrevet populationsbaseret tilgang.

Et naturligt næste skridt er at belyse muligheden for at videreudvikle programmet til fx yderligere at omfatte patienter med multisygdom, som har mindst to samtidige kroniske sygdomme. Der etableres derfor et udviklingsspor med henblik på at afdække, om de faglige og honoreringsmæssige rammer skal justeres eller ændres.

Overenskomstens parter har tidligere aftalt at igangsætte et arbejde med henblik på at fastlægge den fremtidige honorarmodel, der understøtter at en større del af behandling og opfølgning på patienter med komplekse kroniske sygdomme, og ofte stor behandlingsbyrde, skal foregå i det nære sundhedsvæsen med almen praksis som omdrejningspunkt, så patienterne kan mærke større sammenhæng i deres behandlingsforløb.

Udviklingssporet om patienter med multisygdom forankres i en arbejdsgruppe som skal arbejde med to områder med hvert sit formål:

- Beskrivelse af en tværsektoriel tilgang som kan styrke almen praksis' tovholderrolle i forhold til patienter med multisygdom (og dermed skabe større sammenhæng for patienten) og eventuelt øvrige faglige aspekter i behandlingen af multisygdom.
- Beskrivelse af honorarmodeller som understøtter en populationsbaseret tilgang til behandlingen i det nære sundhedsvæsen af patienter med multisygdom og som fremmer sammenhængen mellem patienttyngde og honorering.

Arbejdet kan på begge delområder inddrage relevante erfaringer og studier.



Arbejdsgruppen skal afrapportere til parterne, så resultater kan inddrages i en kommende overenskomstforhandling.

### 3.1 Beskrivelse af tværsektoriel tilgang som kan styrke almen praksis' rolle for patienter med multisygdom

Arbejdsgruppen skal sikre, at beskrivelsen omfatter fagligt indhold og relevante metoder med henblik på at skabe en bredt funderet tværsektoriel og samarbejdende tilgang i indsatsen for patienter med multisygdom.

Målet er at finde en velfungerende tilgang til behandlingen af multisygdom, hvor patientens egen læge er en central aktør. Der lægges vægt på, at tilgangen bygger videre på det koncept, som blev implementeret i OK18 om faglig styrkelse af almen praksis' rolle fsva. kronikerbehandling i almen praksis.

Der sigtes mod at aftale de overenskomstmæssige rammer for en yderligere udvidelse af tovholderrolle og opgavevaretagelse for kroniske patientgrupper i næste overenskomstperiode.

#### *Pilotprojekt vedr. fokuseret og tværfaglig indsats for patienter med multisygdom*

Som et delelement af ovenstående igangsættes en klinisk indsats i form af et pilotprojekt, 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. Målet med indsatsen er at højne livskvalitet for patienten, bedre behandlingen, forebygge komplikationer til de kroniske sygdomme og mindske "behandlerbyrden". Det kan betyde, at en større del af behandlingen foregår hos den praktiserende læge og i det nære sundhedsvæsen end det er tilfældet i dag.

De faglige rammer for pilotprojektet er beskrevet i bilag 1.

Der afsættes samlet set en ramme på 24,4 mio. kr. til gennemførelse af projekt finansieret af Fonden for almen praksis. Rammen skal ses i forhold til en forventet målgruppe af patienter på 20.000.

Der indføres en ydelse med et honorar på 967,64 kr. (apr. 2021-niveau), som skal dække den praktiserende lægers tidsforbrug til den beskrevne fokuserede

og tværfaglige indsats. Honoraret dækker gennemførelse af de aktiviteter/patientbehandling, som er forbundet med projektet. Ydelsen bortfalder ved overenskomstperiodens udløb. Regionen afholder den løbende udgift til ydelserne, som Fonden for almen praksis efterfølgende refunderer.

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 (apr. 2021-niveau).

Selve forskningsprojektet som inkluderer ledelse, dataindsamling, dataanalyse og afrapportering 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 bestående af regioner, kommuner, sygehuse og Videntcenter for multisygdom. Den forskningsmæssige undersøgelse skal hvile på de foreløbige resultater, som er fundet i studier af behandlingen af patienter med multisygdom i det nære sundhedsvæsen<sup>4</sup>.

Det er parternes ønske, at de resultater som kommer ud af forskningsprojektet, kan bidrage til en samlet vurdering af en fremadrettet tilrettelæggelse af behandlingen af patienter med kronisk sygdom og multisygdom i almen praksis.

Der afsættes en samlet ramme over tre år på 4 mio. kr. fra Fonden for almen praksis til forskningsmæssig ledelse og analyse.

*Samlet ramme afsat til pilotprojekt (mio. kr., apr. 2021 niveau)*

	OK-år 1	OK-år 2	OK-år 3
Honorering af praktiserende læger	0	9,7	9,7
Honorering for konference med øvrige aktører	0	0,5	0,5
Forskning	1,33	1,33	1,33
I alt	1,33	11,53	11,53

<sup>4</sup> Birke et al (2020). A complex intervention for multimorbidity in primary care: A feasibility study. Journal of comorbidity. Vol 10: 1:8.

### 3.2 Beskrivelse af honorarmodeller som understøtter en populationsbaseret tilgang til behandlingen af multisyge

I OK18 blev indført en øget andel fast honorering ved etablering af kronikerhonoraret.

PLO og RLTN er enige om, at honorarstrukturen generelt skal understøtte en populationsbaseret tilgang til patienten. Målet er at skabe mest mulig sundhed, samt klinisk og patientoplevet kvalitet for borgere, som er tilmeldt i klinikken, og at lægens indsats afspejler den enkelte patients risikoprofil og dermed bidrager til større lighed i sundhed.

Der igangsættes derfor et arbejde vedr. 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. Formålet er at sikre bedre sammenhæng mellem patienttyngde, honorering og populationsomsorg.

## 4. Sammenhæng i det nære sundhedsvæsen

Samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og hospitaler er afgørende betydning for et velfungerende nært sundhedsvæsen. Derfor er det væsentligt for parterne at skabe en øget adgang for det kommunale personale til almen praksis.

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 uanset, om det er med hospitalet eller med det kommunale tilbud. Patienter med behov for sundhedsydelser fra både hospital, almen praksis og kommune skal opleve et sammenhængende sundhedstilbud uanset hvem, der udfører ydelserne. Her er ofte tale om komplekse og/eller sårbare patienter, med behov for ekstra støtte i et forløb på tværs af sektorer. Den praktiserende læge har en nøglerolle i at sikre dette.

Denne aftale understøtter via følgende tre indsatsområder et styrket samarbejde med kommunale funktioner om komplekse eller sårbare patienter.

### 4.1 Faste læger på plejehjem

Ordningen med faste læger på plejehjem har været rullet ud som en midlertidig ordning siden 2016 ved aftale mellem regeringen, KL, Danske Regioner og PLO. Ordningen indebærer, at beboere kan vælge egen 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 plejecentret med generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejds møder ift. sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter. Ordningen har vist gode resultater ift. at sikre tilgængelighed, forbedret medicin håndtering og kontinuitet i pleje- og behandlingsbehov for plejehjemmets beboere.

Parterne er derfor enige om at gøre ordningen til en permanent del af Overenskomst om almen praksis. I bilag 2 fremgår vilkår og formål i Protokollat om faste læger på plejehjem.

Det er ambitionen, at alle plejehjem så vidt muligt skal have en fast læge tilknyttet. For at øge dækningen til over 80 pct. ved udgangen af 2024 forpligter parterne sig til aktivt at arbejde for at få ordningen udbredt. PLO er forpligtet til

at arbejde for rekruttering af plejehjems-læger. Plejehjems-læger får en øget andel af ældre, som også har et øget behandlingsbehov, i patientpopulationen. Dette har betydning for den gennemsnitlige udgift pr. patient sammenlignet med øvrige praksis. Der skal tages højde herfor i forbindelse med fastlæggelse af højstegrænser, jf. afsnit 12.5.

Dækningsgraden opgøres som antal plejehjem, som har fast tilknyttet læge, set i forhold til det samlede antal plejehjem. Det er kommunerne, der følger dækningen. Hertil bruges et af parterne udarbejdet skema. Ved udgangen af hvert overenskomstsår drøfter parterne status på udbredelse og dækningsgrad på landsplan.

Idet ordningen i sin helhed gøres til en overenskomstmæssig ydelse, overgår finansieringen af rådgivningsdelen til regionerne.

Parterne er enige om, at udgifterne til honorering af rådgivning og undervisning højst kan udgøre 25,2 mio. kr. årligt ved en dækningsgrad på 80 procent. Ligger udgiftsniveauet højere, indikerer det en forkert dimensionering ift. antal beboere pr. læge, som parterne skal følge op på lokalt. Midlerne ligger uden for økonomirammen. Udgifterne til almen medicinske ydelser til beboerne er indeholdt i rammen.

#### 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.

Aftalen skal understøtte:

- at patienter med behov for lægefaglig behandling, mens de er tilknyttet en kommunal akutfunktion, oplever et sammenhængende forløb af høj kvalitet uanset om patienten skal modtage behandling og pleje i eget hjem eller på en kommunal akutplads

- at sundhedspersonalet i kommunale akutfunktioner har mulighed for lægefaglig back up ved akut opstået forværring af en patients tilstand.
- øget kvalitet og tilgængelighed i samarbejdet mellem de kommunale akutfunktioner og den praktiserende læge.
- forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.
- klarhed om placering af det lægelige behandleransvar mellem hhv. almen praksis, vagtlæge/1813 og hospitalet.
- tydeliggørelse af målgruppen for samarbejdet og indsatsen på kommunale akutfunktioner.
- vilkår for honorering samt afgrænsning i forhold til øvrige ydelser i Overenskomst om almen praksis.

Der indføres en ny ydelse, hvor praktiserende læge honoreres for lægefaglig rådgivning og vurdering fra almen praksis af konkret patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden for en patient indenfor målgruppen. Honoraret er fastlagt til 158,61 kr. (apr. 2021 niveau) og kan højst afregnes to gange dagligt.

Protokollat vedr. styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner er vedlagt i bilag 3, hvor målgruppe og ydelsens indhold mv. er beskrevet.

#### 4.3 Sundhedsprofessionel kommunikation

Egen læge og andre aktører i sundhedsvæsenet har i stigende grad brug for at kunne samarbejde og være mere tilgængelige for hinanden for at kunne løse borgerens ofte komplekse problemstillinger. De praktiserende læger fungerer som tovholdere i det nære sundhedsvæsen og koordinerer en samlet og sammenhængende behandlingsindsats for patienterne.

Det er i dette perspektiv, at parterne har indgået aftale om faste læger på plejehjem og aftale om lægedækning af akutfunktioner, jf. afsnit 4.1 og 4.2. For yderligere at løfte tilgængeligheden for kommunerne, samt belyse omfang og karakter af samarbejdet mellem almen praksis og hhv. kommune og andre sundhedsfaglige aktører er parterne enige om følgende:

### *Analyse af sundhedsprofessionel elektronisk 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. Formålene er følgende:

- Få ryddet ud i u hensigtsmæssig kommunikation og få fastlagt hensigtsmæssige og effektive arbejds gange.
- Afdække den sundhedsfaglige kommunikation mellem almen praksis, kommuner og andre sundhedsprofessionelle

Analysen tilrettelægges i øvrigt med henblik på følgende:

- At belyse den eksisterende dialog/kommunikation med såvel kommunen som andre sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere ift. relevans og tidsforbrug, herunder at kortlægge typen, antallet og indholdet i korrespondancer til almen praksis, inklusiv afdække hvilken svartid korrespondancerne fordrer.
- At identificere og afdække hvilke behov, der er for samarbejde/kommunikation mellem almen praksis og kommunerne 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 afdækning 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 udarbejder en detaljeret procesplan for afdækningen af den sundhedsfaglige kommunikation.

Styregruppen skal på baggrund af analysen levere en vejledning med anbefalinger til, hvordan der skabes gode rammer for samarbejdet. Der skal tages hensyn til, at kommunikationen medvirker til at skabe sammenhæng for patienten, sikre høj behandlingskvalitet samt sikre effektiv anvendelse af de fagprofessionelles tidsforbrug.

Styregruppen nedsættes ved overenskomstperiodens start og skal afrapportere indenfor det første overenskomstår.

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, jf. overenskomstens § 96, med henblik på at afdække anvendelse af korrespondancer til kommunalt personale.

#### *Økonomi*

Parterne er enige om at afsætte 20,2 mio. kr. (april 2021-niveau) til tilgængelighed for kommunerne til almen praksis, som fra overenskomstens start udmøntes på basishonoraret.

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

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, jf. ovenfor, overføres midlerne til ydelsen.



Der er desuden enighed om, at en omlægning af honorarer eventuelt kan suppleres ved forhandling indenfor eksisterende økonomi under Overenskomsten.

#### 4.4 Uddannelse af sygeplejersker i almen praksis

Der er brug for flere sygeplejersker, som kan arbejde selvstændigt i almen praksis. Parterne er derfor enige om at anbefale en for den praktiserende læge frivillig ordning, hvor almen praksis kan tilbyde sig som praktiksted for sygeplejerskestuderende på sygeplejerskeuddannelsen.

I almen praksis kan de studerende få et indblik i forebyggelse og behandling ud fra et helhedssyn fx i forhold til borgere med mange diagnoser og psykisk syge, og opnå viden og kompetencer i forhold til tværsektorielt samarbejde. Noget særligt ved praktik i almen praksis vil være et højt krav til selvstændighed, fx gennemfører sygeplejersker ofte selvstændige konsultationer.

Praktik i almen praksis kan dermed bidrage til at opøve kvalifikationer og forståelse for almen medicinske kompetencer, som er afgørende for at sikre udvikling og vækst af det nære sundhedsvæsen fremover.

## 5. Lægevagten

Sundhedsstyrelsen har i oktober 2020 udsendt nye anbefalinger for organiseringen af den akutte sundhedsindsats, hvilket også omfatter nye anbefalinger for lægevagten og samarbejde med de øvrige regionale og kommunale akuttilbud. 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. Drøftelserne forventes afsluttes inden udgangen af 2022.

### 5.1. Honorarstruktur i 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 til 08, en såkaldt C-vagt.

Honoraret for telefonkonsultation vil fremadrettet være:

- A-vagt: 72,13 kr. (april 2021)
- B-vagt: 94,18 kr. (april 2021)
- C-vagt: 100,89 kr. (april 2021)

Omlægningen er samlet set økonomineutral. Honoraret for konsultation, sygebesøg og videokonsultationer er det samme mellem kl. 24 og 08 i hhv. B- og C-vagt.

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. Digital tilgængelighed

### 6.1 Videokonsultation

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. Det vil typisk være en opfølgende konsultation på en kendt problemstilling men kan også være en indledende, afklarende samtale om et konkret problem, jf. bilag 4.

Videokonsultation vil, hvor det har et konkret formål, kunne anvendes til samtaleterapi (6101) og årskontrol (0120) med tilsvarende honorar. Dette gælder, hvis patienten på grund af særlige praktiske, fysiske eller psykiske problemstillinger kun meget vanskeligt kan møde op i klinikken. Årskontrol forudsætter oftest relevante parakliniske undersøgelser, som i disse særlige tilfælde bør tilbydes udført i hjemmet.

#### *Videoløsninger i lægevagten*

Parterne er enige om, at der i alle regioner indføres permanente videoløsninger i lægevagten i den kommende overenskomstperiode. Formålet er at forbedre tilgængeligheden for borgerne via videokonsultation og reducere antallet af sygebesøg, der foretages af lægevagten, hvis en problemstilling i stedet for kan håndteres forsvarligt via en videoløsning.

Videokonsultation i lægevagten er som udgangspunkt forvisiteret i lighed med en almindelig fysisk konsultation i lægevagten. Det bør være 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.

I forbindelse med introduktion til lægevagten undervises vagtlægerne i brugen af IT-udstyr i lægevagten herunder udstyr/teknik til videokonsultation.

## 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.

Formålet er at skabe et rum for samtale mellem eksperterne på hospitalet – på tværs af afsnit – egen læge og støttefunktioner i kommunerne. Dette kan understøtte sammenhæng i behandlingen, når en patient har kontakter i flere sektorer.

Hospitalerne skal, hvor det er relevant, understøtte de praktiserende læger med specialistrådgivning. Praktiserende læger skal, hvor det er relevant, understøtte det kommunale personale i deres opgavevaretagelse for at skabe så smidige forløb for patienten som muligt. Det gør sig særligt gældende for patientgrupper med mange og komplekse problemstillinger

Parterne er enige om at gøre det muligt at afholde virtuelle koordinerende møder, hvor patienten også kan være tilstedeværende, såkaldte videokonferencer dagtid. Praktiserende læger honoreres i tidsmoduler á 160,57 kr. (april 21-niveau) for 10 minutter i dagtid.

Anvendelse af video til henholdsvis konsultation og konference er beskrevet i bilag 4, herunder rammerne for afholdelse af videokonference.

## 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 i henhold til bestemmelserne nedenfor.

Telefonkonsultation er relevant, hvor der er behov for en lægefaglig vurdering eller opfølgning, og hvor fysisk undersøgelse ved konsultation eller sygebesøg ikke er nødvendigt.

Aftalte telefonkonsultationer skal altid anvendes som et sekundært alternativ til en videokonsultation. Det betyder, at når borgere ønsker, at en konsultation skal gennemføres digitalt, og lægen vurderer, at det er relevant, skal borgere først

tilbydes en videokonsultation. Hvis videokonsultation ikke er muligt for borgeren, kan borgeren tilbydes en aftalt telefonkonsultation.

Da der er tale om et sekundært alternativ til videokonsultation, forventer parterne at omfanget af aftalt telefonkonsultation skal have et væsentligt mindre omfang end videokonsultationer.

Aftalt telefonkonsultation kan alene ydes af lægen.

Den aftalte telefonkonsultation skal være visiteret og kalendersat på forhånd, på samme måde som en fysisk eller videokonsultation. Aftalt telefonkonsultation kan ikke anvendes ved såkaldte "drop-in" tider, hvor borgeren tilbydes konsultation uden tidsbestilling.

En telefonisk henvendelse fra borgeren, hvor der ydes lægelig behandling, rådgivning eller vejledning, og som imødekommer patientens behov for lægehjælp på det pågældende tidspunkt takseres som almindelig telefonkonsultation (ydelse 0201). Det samme gør sig gældende, hvor lægen hurtigt ringer tilbage, eller borgerens henvendelse viderestilles direkte til lægen.

Muligheden for aftalt telefonkonsultationer ændrer ikke ved, at klinikken så vidt muligt skal imødekomme borgerens behov ved første kontakt til klinikken. Det er derfor forventningen, at der ikke er flere borgere end hidtil, som bliver visiteret til en konsultation senere samme dag som følge af indførsel af den aftalte telefonkonsultation.

### *Målgruppe*

Målgruppe 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 til kommunikation mellem praktiserende læge og kommunalt pleje- og sundhedspersonale, uagtet at samtalen omhandler konkrete patientforløb på vegne af patienten. Der skal i de situationer anvendes videoløsning, hvilket eksempelvis kan være app'en "Kontakt Læge".

### *Honorar*

Ydelsen Aftalt telefonkonsultation honoreres med kr. 117,43 (april 2021).

Ydelsen er en grundydelse og er inkluderet i kronikerhonoraret, dvs. en ydelse der registreres, men hvor afregning finder sted via kronikerhonoraret.

Parterne er enige om, at nedenstående tillægsydelser kan udføres i forbindelse 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

### *Økonomi*

Da ydelsen Aftalt telefonkonsultation erstatter andre former for konsultation, forventes det ikke at medføre merudgifter for sektoren som helhed.

Parterne er enige om, at der kan forventes en aktivitet inden for den eksisterende økonomi på op til 130 millioner kroner (april 2021) årligt, hvilket svarer til 1,5 ydelse pr. lægekapacitet pr. dag.

Det er parternes forventning, at behovet blandt borgerne for aftalt telefonkonsultation vil være dalende over tid, da borgere løbende vil få nemmere adgang til videoudstyr.

Derudover 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, som overstiger den gennemsnitlige udgift pr. patient inden for regionen med 25% eller derover, får fastsat en automatisk højstegrænse på +25 %, jf. Overenskomstens § 88.

*Opsigelsesmulighed*

Parterne er enige om, at man følger udviklingen i brugen af ydelsen nøje. Såfremt én af parterne finder, at ydelsen ikke anvendes i henhold til det aftalte, f.eks. hvis det viser sig en udvikling med en uhensigtsmæssig forhold mellem aftalt telefonkonsultation og videokonsultation, kan muligheden under overenskomstperioden opsiges med tre måneders varsel.

## 7. Nye løsninger til effektiv populationsomsorg

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, hvor de samme 'data-redskaber' bringes i spil ift. at sætte fælles mål om fx nedbringelse af genindlæggelser og nedbringelse af farlige medicinkombinationer hos udvalgte patientgrupper. Løsningerne skal udvikles på en måde, så de understøtter det tværsektorielle samarbejde om fælles patienter.

Der kræves en ny type systemunderstøttelse i almen praksis for at understøtte ambitionen om, at almen praksis i fremtiden i langt højere grad kan agere proaktivt overfor udvalgte sårbare patientgrupper, støtte op om nationalt aftalte indsatser og skabe grundlag for løbende kvalitetsudvikling baseret på patientdata.

Derfor igangsættes arbejdet med at implementere et 'patientcockpit', der skaber overblik og giver beslutningsstøtte til den konkrete patientbehandling, og en dataplatform til populationsfremsøgninger af udvalgte patientgrupper.

De nye løsninger skal understøtte arbejdsgangene i almen praksis og hænge tæt sammen med klinikkernes journalsystemer.

Løsningerne skal desuden sikre, at der kan stilles anonymiserede datarapporter til rådighed for klyngerne, så der sikres sammenhæng til det nuværende kvalitetsarbejde.

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. Nogle typer af datarapporter vil ikke være relevant alle steder, og andre vil have karakter af standardrapporter, fordi de altid vil være relevante. Fælles for de to typer rapporter er, at indholdet – dvs. de konkrete indsatsområder og indikatorer – skal aftales mellem parterne.



Sygehuse og kommuner skal, efter aftale med lægen, kunne få en kiggeadgang til patientcockpittet til brug for fx fælles udskrivningskonference videokonsultationer med én eller flere sundhedspersoner om en konkret patient.

I overenskomstperioden udvikles og implementeres således følgende løsninger:

- **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.

- **Datarapporter til klynger**

For at sikre sammenhæng til kvalitetsarbejdet i klyngerne skal dataplatformen kunne anvendes af lægerne til at fremsøge patientpopulationer på klyngeniveau samt øvrige relevante niveauer og fleksibelt kunne danne de kvalitetsrapporter, der efterspørges i klyngen. For at dette kan lade sig gøre, skal der bl.a. skabes en integration til de systemer, som i dag anvendes i almen praksis, så det er muligt at gå fra en indsats i klyngen, til at lægen kan fremfinde egne patienter. Endvidere skal løsningen samtænkes med funktionaliteter, der udvikles i KiAP til at understøtte klyngesamarbejdet, så der sikres samspil herimellem.

- **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'er i almen praksis. Den aggregerede og anonymiserede adgang skal kunne anvendes efter aftale med klinikkerne eller klyngerne til at understøtte samarbejdet om fælles indsatser, sådan at man kigger på de samme opgørelser.

- **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. Cockpitet er derfor et værdifuldt værktøj for at kunne lave en nyttelig indsats og forbedre outcome for den enkelte patient, der har et stort træk på sundhedsvæsenets ressourcer.

Patientcockpitet skal kunne anvendes i det tværsektorielle samarbejde om sårbare og komplekse patienter således at de relevante sundhedspersoner, som har patienten i behandling, kan få et samlet overblik over patientens situation. Almen praksis skal derfor efter aftale kunne give teknisk kiggeadgang til patientcockpitet til personale på sygehuset og kommunen for at understøtte dialog og samarbejde omkring den konkrete patient.

#### *Hovedleverancer og tidsplan*

De nye løsninger skal drage fordel af de eksisterende it-løsninger og kommende nationale løsninger og derfor hænge tæt sammen med journalsystemerne i almen praksis som klinikkernes primære arbejdsredskab, det kommende fælles diagnosekort og nationale løsninger som fx FMK og det Samlede Patientoverblik. Almen praksis skal desuden have adgang til at kunne trække på data fra nationale registre, i første omgang data fra sygesikringsregisteret, for at give ekstra værdi til den nye dataplatform til populationsomsorg.

Projektet starter med en modenhedsanalyse, gennemført af MedCom, til at vurdere bl.a. kvaliteten af eksisterende data i journalsystemerne i almen praksis som grundlag for etablering af patientcockpitet og dataplatformen. Resultaterne fra MedComs arbejde med et hurtigt patientoverblik i lægepraksissystemerne indgår også i den videre planlægning.

På baggrund af modenhedsanalysen mv. udarbejdes en samlet plan for løsningerne, sådan at projekterne igangsættes fra august 2022.

Det forventes at den første version af patientcockpittet kan være tilgængelig for alle klinikker ved udgangen af juni 2023.

Finansiering og governance for udvikling og efterfølgende drift af løsningerne følger de generelle principper og aftaler mellem PLO, Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet om udvikling og drift af it-løsninger i almen praksis.

## 8. Digitalisering og data

### 8.1 Digitalt udviklingsspor

Teknologi og digitale løsninger er en integreret og naturlig del af hverdagen i almen praksis. Danmark ligger helt i front, når det gælder udbredelsen af eHealth i almen praksis<sup>5</sup>. Udviklingen på det digitale felt går stærkt, og hvis Danmark skal bevare sin førerposition, kræver det et vedvarende højt fokus og investeringer. Samtidig er det vanskeligt at forudsige, hvordan teknologien vil udvikle sig – selv set over en kortere årrække. Parterne er derfor enige om, at udviklingen ikke må bremses eller begrænses af rytmen i overenskomstforhandlingerne, men at der skal skabes rum til løbende at søge inspiration og udvikle, afprøve og udbrede nye teknologiske og digitale løsninger i almen praksis.

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.

Derudover skal udviklingssporet sikre, at parterne i fællesskab bliver klogere på og sikrer realiseringen af, hvordan der kan ske udvikling i almen praksis på det digitale område. Fokus er særligt på nye løsninger, der kan understøtte behandlingen og skabe en bedre service for borgerne.

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, bl.a. med afsæt i 'porteføljen 2022-2024' og ved inddragelse af relevant international inspiration.
- Drøfte og vurdere værdien af og omkostningerne ved udvikling og implementering af nye tværgående it-løsninger, som involverer almen praksis.

---

<sup>5</sup> Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners, 2018.

- Træffe beslutning om nye digitale udviklingsprojekter eller videreudvikling af eksisterende it-løsninger i almen praksis, som forummet selv finansierer via sin egen bevilling eller it-projekter med et udpræget tværsektorielt sigte.
- Projektejer af følgende fælles it-projekter:
  - Patient Cockpit og dataplatform til populationsomsorg (jf. afsnit 7 i aftalen)
  - Borgernes data (jf. afsnit 8.3 i aftalen)
- Træffe retningsgivende og principielle beslutninger for de ovennævnte projekter fx, hvordan den efterfølgende drift finansieres samt tilsvarende beslutninger for øvrige it-projekter, som dette forum måtte sætte i værk.
- Fungere som partsforum for øvrige data og digitaliserings tiltag aftalt mellem overenskomstens parter.

Det nye forum og dets udviklings- og innovationsspor støttes med midler fra Fonden for Almen Praksis. Der afsættes i alt 15,4 mio. kr., hvoraf en andel målrettes realisering af projektet "Patientcockpit og dataplatform for populationsomsorg" og initiativer, der understøtter "Borgernes data". Forummet kan desuden disponere midlerne til øvrige relevante aktiviteter i perioden. De faktiske udviklingsomkostninger for de fremhævede projekter kendes endnu ikke. Det nye partsforum præsenteres løbende for projektoplæg, og på denne baggrund bevilliges midlerne fra puljen.

Det nye partsforum mødes 2-4 gange årligt og betjenes, ligesom det generelle partsforum, af Danske Regioner og PLO i fællesskab.

Ansvar for realisering af de konkrete indsatser, som partsforum træffer beslutning om, forankres i Styregruppen for Digital Almen Praksis. Projektleder er som udgangspunkt MedCom, men der kan træffes beslutning om en anden projektledelse for en konkret indsats, hvis dette vurderes som relevant. Med forankringen i Styregruppen for Digital Almen Praksis sikres relevant koordination og håndtering af afhængigheder til andre igangværende udviklingsprojekter.

Der evalueres og gøres status forud for næste overenskomstforhandling.

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

Almen praksis har i de senere år – i lighed med det øvrige sundhedsvæsen – oplevet en betydelig udvikling på it- og dataområdet. Udviklingen sigter dels på at øge den digitale understøttelse af arbejdet i klinikken og kommunikationen med patienterne, dels på forbedringer af det tværsektorielle samarbejde, kommunikation og indfrielse af krav om øget indberetning af data. Udviklingen har medført en væsentlig stigning i antallet af it- og dataprojekter, som almen praksis er involveret i. Denne udvikling medfører et voksende behov for en fælles udvikling, drift og forvaltning af løsninger i almen praksis, som går på tværs af de nuværende systemleverandører og abonnementsbetalinger for den enkelte praksis.

Det er som udgangspunkt sektorens eget ansvar at sikre en professionel og effektiv drift på digitaliseringsområdet og træffe beslutninger om organisering af denne. Det er klinikkerne selv, som indgår aftaler med den it-leverandør (systemhus), de ønsker at benytte. Det generelle princip er, at almen praksis som selvstændige virksomheder selv finansierer deres it-drift. Da almen praksis i perioden står overfor en uforholdsmæssig stor stigning i driftsomkostningerne, er parterne dog enige om at yde et tilskud på 15,4 mio. kr. i OK-år 1, 18,7 i OK-år 2 og OK-år 3 18,7 mio. kr. 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.

PLO forvalter porteføljen på vegne af almen praksis og vil halvårligt præsentere status og fremdrift for det i OK21 aftalte partsforum for Data og digitalisering. Derudover præsenteres Fonden for Almen praksis en gang årligt for et revisionspåtegnet regnskab, der viser anvendelsen af tilskuddet. Evt. uforbrugte midler ved afslutningen af overenskomstperioden returneres til Fonden for almen praksis.

## 8.3 Borgernes adgang til egne sundhedsdata

Borgere skal nemt og smidigt kunne tilgå egne data fra almen praksis.

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.

Det kommende arbejde tilrettelægges i flere faser gennem overenskomstperioden:

- I første omgang gøres patientens bookede aftaler og lokale prøvesvar tilgængelig
- Dernæst skabes bedre adgang til de kroniske patienters forløbsplansdata
- Efterfølgende gøres patienternes diagnoser tilgængelig.
- Hernæst gøres yderligere strukturerede data fra almen praksis, som ikke allerede er udstillet på sundhed.dk, tilgængelige. Det kunne fx være patienternes svar på spørgeskemaer, gennemført via WebPatient-løsningen.

PLO udvikler i overenskomstperioden en digital løsning i Min Læge app'en, der understøtter en let adgang for borgeren til egen journal.

#### 8.4 MinLæge-appen

Min Læge-appen blev lanceret i februar 2019 og er siden videreudviklet i et samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, PLO og Danske Regioner. Appen tilbyder patienterne en mobil adgang til almen praksis og de e-ydelser som klinikkerne er forpligtet til at tilbyde patienterne (e-konsultation, tidsbestilling og receptfornyelse) jf. overenskomsten §45 stk. 3. Herudover tilbyder appen adgang til videokonsultation med egen læge, og nye funktioner vil blive tilføjet de kommende år.

PLO og RLTN er enige om, at MinLæge-appen er den primære mobile og fælles indgang til almen praksis, og at de nævnte e-ydelser fuldt og helt sidestilles med klinikkernes egne hjemmesider, hvorfra patienterne også fortsat skal have adgang til disse funktioner.

Min Læge appen vil blive videreudviklet i de kommende år i et tæt samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og øvrige parter. Et vigtigt fokusområde i den forbindelse er at få skabt endnu større integration mellem klinikkernes it-systemer og appen, så klinikkerne og systemhusene får øgede muligheder for at bidrage konstruktivt til appens fremtidige funktioner.

Et andet fokusområde er den patientrettede del, hvor videreudviklingen afstemmes med bl.a. Min Sundhed appen med henblik på at sikre sammenhæng set fra borgerens perspektiv, udnytte mulige synergier samt undgå unødige dobbeltudvikling.

### 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.

De praktiserende speciallæger inviteres med i løsningen, fordi de benytter de samme systemhuse og fordi udvekslingen af denne type oplysninger er efterspurgt blandt de to ydergrupper. Der tages desuden kontakt til kommunerne, med henblik på at kan de bruge den digitale telefonbog til at modtage – direkte i deres EOJ-systemer – adviseringer om fx lægernes fravær, navn og telefonnumre på lægens afløser.

PLO og RLTN er i forlængelse af ovenstående enige om at arbejde for, at sygehusenes primære kontakttelfonnumre bliver gjort nemmere tilgængelige for de praktiserende læger i løbet af overenskomstperioden.



## 9. Forsøgsordning vedr. klinisk ultralyd i almen praksis

Med det formål 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 støtteværktøj i almen praksis i forlængelse af den objektive undersøgelse.

Forskningsprojektet skal ses som en naturlig følge af, at teknologien forbedres, priserne på apparatur er faldet, og at praktiserende læger begynder at få gode systematiske erfaringer med brug af ultralyd i almen praksis. Desuden bidrager ultralyd til at gøre specialet i almen medicin mere attraktivt.

Ultralydsundersøgelsen er en lægeforbeholdt ydelse og forudsætter relevant uddannelse i brugen af ultralyd.

Parterne er enige om at igangsætte et treårigt storskalaprojekt om brug af ultralyd i almen praksis.

### *Økonomi vedr. projektets gennemførelse*

I projektet indgår 250 læger fordelt geografisk jævnt og på tværs af alle landets regioner.

Med afsæt i forskning på området, herunder real-life studier, estimeres det, at en praktiserende læge i gennemsnit vil foretage i omegnen af 150 ultralydsskanninger årligt. Honoraret pr. skanning fastsættes til 262,37 kr. (apr. 2021 niveau). Honoraret er et tillæg til den almindelige konsultationstakst.

Praktiserende læger, der ønsker at blive en del af forskningsprojektet, kontakter den forskningsenhed, som er tovholder på projektet. Forskningsenheden udarbejder en samlet liste over deltagende læger. Hvis flere end 250 læger ønsker at deltage, udvælges lægerne med henblik på at sikre en geografisk spredning på tværs af regionerne og læger, som praktiserer længst væk fra speciallæge/sygehus med mulighed for ultralyd prioriteres først. Forskningsenheden sender listen over tilmeldte læger til hver af de fem regioner og til PLO. Deltagelse i projektet indebærer, at lægen stiller relevant data om brug af ultralyd i almen praksis til rådighed for forskningsprojektet.

PLO-Efteruddannelse har allerede etableret et efteruddannelsestilbud, som gruppen af praktiserende læger, der indgår i forskningsprojektet, kan deltage i. Det er som udgangspunkt obligatorisk for de praktiserende læger at deltage i undervisningen, medmindre lægen kan dokumentere at have gennemført anden relevant uddannelse i anvendelsen af ultralyd.

Ydeshonorar til ultralydsundersøgelserne afsættes som en særskilt pulje, der ikke indgår i den samlede økonomiramme for almen praksis. Regionen afholder den løbende udgift til ydelserne, som Fonden for almen praksis efterfølgende refunderer. Fonden finansierer ligeledes kursusudgifter, tabt arbejdsfortjeneste og transport for læger, der skal deltage i efteruddannelsestilbud om klinisk ultralyd fra PLO-Efteruddannelse i henhold til aftalte satser for selvvalgt efteruddannelse. Projektudgifter i forbindelse med lægernes bidrag til forskningsprojektet finansieres ligeledes af en særskilt afsat pulje af Fonden for almen praksis.

	1. OK år	2. OK år	3. OK år
Deltagende læger	250	250	250
Antal ydelser pr. læge	150	150	150
Økonomi i alt (mio. kr., apr. 21)	9,9	9,9	9,9

### *Forskning*

Parterne er enige om, at der iværksættes et forskningsprojekt ved de almen medicinske forskningsenheder om klinisk ultralyd. Projektet skal bl.a. fokusere på den kliniske værdi for lægens undersøgelse og betydninger for det samlede patientforløb.

Forskningsprojektet skal afdække i hvilke situationer og forløb ultralyd er særligt velegnet som støtteværktøj i almen praksis. Formålet er, at parterne inden næste overenskomstperiode kan tage stilling til, om ultralyd bør indføres permanent i almen praksis.

Udgifter til forskningsprojektet finansieres af forskningsenhedernes grundbevilling.

## 10. Kvalitet, forskning og efteruddannelse

Et afgørende element i udviklingen af almen praksis er en fortsat styrkelse af forsknings-, kvalitets- og efteruddannelsesområdet. Konkret ønsker parterne med afsæt i Fonden for almen praksis at styrke det enkelte område såvel som sammenhængen mellem områderne under en fælles organisering.

Aftalen om et nyt Kvalitetsprogram i almen praksis fra OK18 har vist sig holdbar og perspektivrig. Kvalitetsarbejdet i klynger er fagligt meningsfuldt for lægerne, og opbakningen er stor til den selvvalgte kvalitetsindsats. Erfaringerne fra første runde viser behov for, at klyngerne understøttes mere med administrative løsninger, så klyngerne kan fokusere på faglige problematikker og drøftelser.

Nedenfor gennemgås ændringer indenfor kvalitet, forskning og efteruddannelse i overenskomstperioden.

### 10.1 Fonden for almen praksis

Ved seneste overenskomst blev parterne enige om at styrke sammenhængen mellem forskning, efteruddannelse og kvalitet. Dette har haft en positiv effekt, og sigtet er med denne aftale fortsat at styrke synergien mellem områder ved at ændre strukturen i Fonden for almen praksis. For alle tre områder gælder, at fondsbestyrelsen er ansvarlig for den overordnede faglige udvikling.

Der etableres tre styregrupper for hvert område under fonden. Det medfører bl.a. at parterne nedlægger Fagligt Råd ligesom programbestyrelsen for KiAP nedlægges. Fondsbestyrelsen får fremadrettet ansvaret for at udstikke de overordnede rammer for indsatsen med kvalitet, efteruddannelse og forskning i almen praksis, herunder organisering, finansiering og sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen.

Omlægningen er beskrevet i bilag 5.

### 10.2 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, som bidrager til en

øget koordinering mellem områderne. Fokus i indsatsen skal fortsat være praksisforankret forskning til gavn for patienter, sundhedsprofessionelle og det tværsektorielle samarbejde.

Parterne er enige om, at Fagligt Råd nedlægges, som konsekvens af etableringen af en ny styregruppe for forskning. Styregruppen har bl.a. til opgave at følge og sikre praktisk og konkret implementering af de i overenskomstaftalen besluttede forskningsprojekter. Regionernes indbetalinger til Fagligt Råd ophører, svarende til 1,9 mio. kr. årligt. Der skal fortsat indbetales 0,35 kr. pr. patient (april 2021-niveau) til DSAM til udarbejdelse af kliniske vejledninger.

Det er vigtigt for fagets udvikling, at der er stærke forskningsmiljøer i alle dele landet. Parterne er enige om, at der i forbindelse med etablering af medicinske uddannelser i Køge og Esbjerg oprettes to nye satellitenheder under forskningsenhederne i København og Odense. Fonden for Almen Praksis finansierer i overenskomstperioden driften af forskningsenheden i Ålborg. Som følge heraf afsætter Fonden yderligere 12,0, 15,0 og 18,0 mio. kr. i hhv. OK-år 1, 2 og 3 til finansiering af etablering og drift af disse enheder - udover de tre forskningsenheder, som i forvejen finansieres i medfør af overenskomsten.

### 10.3 Kvalitet i almen praksis

Med afsæt i Kvalitetsprogram for Almen Praksis (KiAP) og de gode erfaringer med kvalitetsarbejde i klynger, er parterne enige om at fortsætte arbejdet med at udvikle rammerne for systematisk kvalitetsudvikling i almen praksis.

Visionerne for kvalitetsarbejdet i OK-18 ses fortsat som pejlemærker:

- At arbejdet med almen medicinsk kvalitetsudvikling når ud til alle praktiserende læger,
- At kvalitetsarbejdet opleves relevant og praksisnært,
- At den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling i egen klinik,
- At kvalitetsarbejdet udfolder sig mellem læger og i dialog med det øvrige sundhedsvæsen.

Kvalitetsarbejdet i klyngerne er kommet godt i gang, hvorfor parterne er enige om at fortsætte det datadrevne kvalitetsarbejde med afsæt i erfaringerne og

nyeste viden om klyngearbejdet. Som led heri er der behov for, at klyngearbejdet skal suppleres af og koordineres med nationale kvalitetstiltag, hvor man mere overordnet kan følge og i højere grad vurdere kvaliteten af dansk almen praksis.

En vigtig erfaring fra opstarten af klyngearbejdet er, at datadelen af kvalitetsindsatsen skal opprioriteres og systemiseres yderligere. Adgang til relevante og operationelle data til kvalitetsarbejdet er helt afgørende – både på nationalt -, klynge- og klinikniveau. I OK-18 aftalte parterne en milepælsplan, som skulle bidrage til at sikre de nødvendige rammer for og leverancer af data. I forlængelse heraf igangsætter Fonden et arbejde med at identificere indikatorer og målepunkter for arbejdet med kvalitet i almen praksis, herunder også et arbejde med udarbejdelse af en dataplatform og et patientcockpit, som afsæt for det praktiske kvalitetsarbejde i klinikkerne, jf. afsnit 7.

Kvalitetsindsatsen i almen praksis forankres i KiAP og i Fonden for Almen Praksis i to parallelle spor – et nationalt kvalitetsspor og et klynge-kvalitetsspor. I det nationale spor fokuseres på sektor-kvalitet med udvikling, indsamling og formidling af relevante data og udvikling af målepunkter/indikatorer for kvalitet i almen praksis, som giver faglig mening på både patientniveau og for samfundet, herunder på tværs af sektorer. I klyngesporet er fokus at fortsætte de faglige drøftelser, hvor lægerne mødes og med afsæt i data drøfter kvalitetsudvikling i klinikkerne. I begge spor er indsamling, bearbejdning og formidling af data til kvalitetsudvikling helt afgørende, ligesom samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen er en vigtig del.

Kvalitetsprogrammet skal overgå fra en programorganisation til en driftsorganisation. I den forbindelse er der behov for en forenklet organisering af programmet (mere entydig governance) og for yderligere understøtning af klyngerne med dataleverancer og administrative løsninger. KiAP skal fortsat have rollen som sekretariat for klyngerne med både praktisk og faglig understøtning af klyngearbejdet. KiAP tildeles flere ressourcer til arbejdet med understøtning af klyngerne, herunder bl.a. øget administrativ støtte og til arbejdet med data i både klynge- og sektorsporet. Der er således afsat midler til ansættelse af en lægefaglig leder i KiAP og til inddragelse af ekstern lægelig ekspertise til kvalificering af arbejdet med klyngepakker og tematiske indsatseser.

Mere systematisk indsamling og formidling af data om kvalitetsudvikling i almen praksis skal ligeledes fortsætte i Kvalitetsprogrammet og forankres i Fondsbestyrelsen. KiAP's arbejde med at følge arbejdet med kvalitetsudvikling, herunder med udvikling af indikatorer/målepunkter for sektoren almen praksis, skal foregå i et samarbejde med parterne.

I forlængelse heraf lægges op til en mere enkel og klar arbejdsfordeling mellem det centrale og det decentrale niveau i kvalitetsindsatsen. KiAP har et ansvar for at sikre at udvikling og videndeling af klynge-pakker og bidrage til at kvalitets-sikre data og visning til klyngearbejdet. Regionerne har fortsat opgaven med at understøtte klinikker og klyngerne med tilbud om bl.a. datatræk, lægemiddel-rådgivning, organisations-udvikling mv. En mere enkel organisering af den regionale Kvalitets- og efteruddannelses-indsats (KEU) kan skabe rammer for et bedre samspil og synergi mellem kvalitetsarbejde og efteruddannelse og forskning.

Parterne har i forlængelse heraf 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 med en række beskrevne tilbud til både klinikker og klynger, er forøgede i OK-perioden.

Parterne er herudover enige om, at det vil være positivt med et øget fokus på mulighederne for centralt og decentralt at udvikle samarbejdet om kvalitet, efteruddannelse og forskning med det øvrige sundhedsvæsen i regioner og kommuner.

De samlede rammer for kvalitets- efteruddannelses- og forskningsindsatsen er beskrevet i bilag 5, herunder tildeling af økonomi.

#### 10.4 Efteruddannelse

Parterne ønsker i forlængelse af forrige overenskomst at styrke sammenhængen mellem kvalitet, efteruddannelse og forskning også for den enkelte læge. Konkret kan efteruddannelsesmateriale fra PLO-E eller regionerne tematisk understøtte lægens forberedelse og/eller opfølgning på klyngemøder. Endvidere kan

kurser i facilitering og datadrevet kvalitetsarbejde understøtte lægerne i klyngearbejdet, men også i forhold til efteruddannelse inden for temaer, der understøtter klyngens indsats inden for et givent emne.

Bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis har det overordnede ansvar for de tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter til læger og praksispersonale. Parterne udpeger som konsekvens af den fælles organisering under fondsbestyrelsen en Styregruppe for Efteruddannelse. Den partssammensatte Styregruppe skal på baggrund af fondsbestyrelsens strategiske og overordnede beslutninger følge den selvvalgte, gruppebaserede og systematiske efteruddannelse. Herunder medvirke til at udvikle tilbuddene samt fastsætte kriterier for godkendelse af tilskudsberettet efteruddannelsesaktivitet.

Ligeledes er det relevant, at der fortsat udvikles efteruddannelsestilbud til praksispersonalet i almen praksis, der understøtter udvikling og behandlingsbehov i almen praksis. Derfor er parterne enige om at fordoble puljen til uddannelse af praksispersonale ved at afsætte yderligere 8,1 mio. kr. årligt (apr. 21 niveau) hertil.

## 11. Cyber- og informationssikkerhed

Den digitale infrastruktur på sundhedsområdet bidrager til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor relevante oplysninger om patientens forløb kan deles digitalt mellem de sundhedspersoner, der har patienten i behandling, fx sygehuse, kommuner og almen praksis. Der er dermed tale om omfattende dataudveksling i hele sektoren.

For at beskytte borgernes data, kritisk infrastruktur og fastholde tilliden til sundhedssektoren, er parterne enige om at prioritere arbejdet med cyber- og informationssikkerhed. De privatpraktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, der er underlagt gældende lovgivning og er ansvarlige for at leve op til relevante standarder og minimumskrav vedr. IT-sikkerhed.

Som en del af prioriteringen arbejder PLO sammen med klinikkerne på at vedligeholde og færdiggøre GDPR-aktiviteter, der hjælper med at efterkomme krav i gældende databeskyttelseslovgivning og højne informationssikkerheden.

### *Økonomi*

Der afsættes i overenskomstperioden årligt 3,3 mio. kr. (april 2021-niveau) på basishonoraret til at færdiggøre klinikrettede GDPR-aktiviteter mv. I forbindelse med fornyelse af overenskomsten aftales nye indsatser, som klinikkerne skal løfte ved en eventuel genudmøntning af midlerne.

Derudover er parterne enige om, at der i overenskomstperioden skal arbejdes på en tilslutning af almen praksis til den kommende nationale organisering af it-sikkerhed, SAC (Security Analytics Center), som vil favne hele sundhedssektoren, og dermed gøre almen praksis til frontrunner i praksissektoren. Parterne er enige om at afsætte 1,2 mio. kr. til tilslutning til den nationale sikkerhedsløsning i overenskomst-år 2, herefter varigt 1,1 mio. kr. til drift årligt. Midlerne overføres fra Fonden for Almen Praksis, som udmønter dem til ovenstående.

Parterne er derfor enige om at formulere en handlingsplan, som etablerer forudsætningskabende aktiviteter for tilslutning, samt understøtter tiltag, der sikrer øget awareness om cyber- og informationssikkerhed. I arbejdet kan inddrages dedikerede ressourcer fra Sundhedsdatastyrelsen, regionerne kan give sparring, og andre relevante parter kan indgå i arbejdet.



Parterne er enige om at afsætte 1,1 mio. kr. fra Fonden for Almen Praksis som engangsbeløb til at gennemføre handlingsplanen, der blandt andet udgør undersøgelsesaktiviteter, beskrivelse af mulige modeller for, hvordan almen praksis kan tilsluttes det kommende nationale SAC (Security Analytics Center) med en vurdering af omkostninger til udvikling, drift og vedligehold af tilslutningerne, udarbejdelse og implementering af relevant informationsmateriale samt projektledelse. Midlerne administreres af Fonden for Almen Praksis, men udmøntes af det nye Partsforum for data og digitalisering.

Handlingsplanen er vedlagt i bilag 9.

Fremdriften i handlingsplanen forelægges det nye Partsforum for data og digitalisering med henblik på at afklare, hvilke implementeringsaktiviteter, der skal sættes i værk.

#### *Overblik over økonomi (mio. kr., april 2021-niveau)*

	OK-år 1	OK-år 2	OK-år 3
GDPR- aktiviteter, tilføres basis	3,3	3,3	3,3
Tilslutning og drift af SAC/SOC	-	1,2	1,1
Handlingsplan	1,1	-	-

#### *Organisering*

Arbejdet forankres hos en relevant aktør, fx MEDCOM. Endvidere etableres i forbindelse med arbejdet en organisering eksempelvis med deltagelse af:

- Danske Regioner
- SDS
- Regionerne
- PLO

Andre relevante parter kan inviteres til at indgå.

## 12. Andre konkrete ændringer

### 12.1 Opfølgning på tilbuddet om samtaleterapi

Psykisk sygdom koster samfundet mere end kræft og kredsløbssygdomme, og det har vidtrækkende konsekvenser for den enkelte. Det er derfor vigtigt tidligt at holde befolkningen mentalt sund og behandle dem, der har brug for det så hurtigt og effektivt som muligt.

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.

#### *Evaluering af tilbuddet om samtaleterapi i hele landet samt lokalaftale om krisesamtaler i Region Syddanmark*

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. En evaluering skal indeholde en analytisk beskrivelse af bl.a. følgende på de to ydelser:

- Patientens henvendelsesårsag.
- Samtalens/samtaleforløbets konsekvenser såsom afdækning af behov for yderligere tilbud fra egen læge, sundhedsvæsenet eller kommunen, mulig virkning på sygemelding, betydning for medicinforbrug, om patienten er kommet videre i håndteringen af krisen på egen hånd eller om samtalen/samtaleforløbet ikke haft den ønskede effekt.
- Økonomi og aktivitet fordelt på regioner.
- Sammenhæng og overlap til tilbud og ydelser udenfor almen praksis.
- Sammenhæng mellem et tilbud om samtaleterapi/krisesamtaler og frekvensen af henvisninger til psykologhjælp eller psykiatritilbud på hospitaler eller i speciallægepraksis, set i forhold til læger som ikke gør anvendelse af ydelserne.

- Omfang af opkvalificering og efteruddannelse hos praktiserende læger, herunder om læger i relevant omfang deltager i supervisionsmøder internt mellem praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiatere.
- Anvendelse af personale i forbindelse med gennemførelse af ydelsen.

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 kriesamtaler 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.

#### *Decentralisering af samtaleterapi*

Parterne er fortsat enige om, at der er vigtigt, at der findes gode lokale løsninger bl.a. målrettet borgere med psykisk sygdom. Samtaleterapi er en af de centralt aftalte ydelser, som fortsat 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 en styrkelse af det lokale samarbejde, herunder i forhold til at sikre et godt tilbud til patienter med psykisk sygdom.

## 12.2 Justering af Aftale om styrket opfølgingsindsats ved sektorovergange

Parterne aftalte i OK18 en styrket opfølgingsindsats ved sektorovergang på grundlag af en aftalt farvemarkering af epikriser efter indlæggelse. Formålet var styrke samarbejdet om en god og sikker sektorovergang efter sygehusindlæggelse ved at forbedre opgaveoverdragelsen og sikre en fokuseret og hurtig opfølgingsindsats i almen praksis med særligt sårbare patientgrupper for øje. Der blev afsat 30 mio. kr. til forøgelse af basishonoraret og yderligere 10 mio. kr. til ekstra aktivitet i forbindelse med den opsøgende indsats.

Parterne er enige om at fortsætte arbejdet med at forbedre de farvemærkede epikriser og styrke opfølgingsindsatsen i almen praksis på baggrund af den nationale evaluering, som er igangsat af Styrelsen for patientsikkerhed, Medcom og Sundhedsministeriet. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på om sygehusene efterlever de krav, der er fastlagt i Vejledning om epikriser om markering af opfølgingsbehov, fx så en epikrise hvor der er et reelt opfølgingsbehov ikke markeres "hvid".

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 farve-markerede epikriser udbredes til også at omfatte patienter, der afsluttes fra ambulante forløb på sygehus og i speciallægepraksis.

### 12.3 Digitale forløbsplaner

Parterne er enige om, at alle klinikkerne skal tilbyde relevante borgere en digital forløbsplan og være aktive brugere af de digitale forløbsplaner. Det betyder, at hver klinik løbende opretter og vedligeholder planerne. I starten af 2021 bliver den tredje forløbsplan for hjertepatienter tilgængelig for klinikkerne. Parterne vil i 2021 have fokus på implementeringen af denne – og på at udbrede de to eksisterende forløbsplaner til de klinikker, der endnu ikke er kommet i gang med brugen af forløbsplanerne. Der vil, pga. 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 forventer, at alle klinikker tilbyder og arbejder med forløbsplanerne, men er bekendt med at der kan være forhold, der forklarer variation mellem klinikkerne. Parterne er enige om at følge og evaluere måltallet løbende. Bl.a. gennemføres en variansanalyse af spredningen i brugen klinikkerne i mellem medio 2022.

#### *Hjerteforløbsplanen*

Hjerteforløbsplanen er lavet anderledes end de to forudgående, da den også medtager "risikanter"<sup>6</sup> og altså ikke som de to første planer for KOL og diabetes er målrettet patienter med verificerede diagnoser. Denne udvidelse er medtaget for at give klinikken et bedre overblik over en stor og vigtig population i praksis og for at skabe mulighed for, at en patient med både diabetes og en hjertesygdom kun får én plan frem for to parallelle planer. Med den digitale forløbsplan til herteområdet, tages således første skridt mod en mere dynamisk forløbsplan, så patienter med flere kroniske diagnoser kun får en samlet plan. Parterne er enige om, at flere kronikere og borgere med længerevarende forløb hos

---

<sup>6</sup> Borgere med forhøjet kolesterol eller forhøjet blodtryk, der har forhøjet risiko for at udvikle hjertesygdom.

deres praktiserende læge kan have gavn af en digital forløbsplan og, at der kan arbejdes videre med sporet med en dynamisk forløbsplan inden for den eksisterende økonomiske ramme.

På grund af den nævnte udvidelse ift. hjerteforløbsplanen, er PLO og RLTN enige om:

- At det er op til den enkelte klinik selv at finde de patienter, som er mest syge og/eller har størst behov/motivation for en forløbsplan. Og dette med afsæt i den lægefaglige anbefaling om at målrette hjerteplanen til patienter med manifest iskæmisk hjertesygdom. Klinikkerne har således ikke pligt til at tilbyde en forløbsplan til alle patienter, som kan inkluderes i den nye hjerteforløbsplan.

#### *Forløbsplan for kroniske lænderygmerter*

Parterne lukker ned for udviklingen af en digital forløbsplan til kroniske lænderygmerter. Parterne ønsker dog fortsat at styrke indsatsen overfor gruppen af borgere med kroniske lænderygmerter. Parterne vil derfor i fællesskab gøre en indsats for at promovere andre valide digitale støtteværktøjer til lænderyg-gruppen overfor de praktiserende læger, så de har kendskab til de relevante digitale værktøjer, de kan henvise patienterne til. Det gælder fx trænings apps.

#### *Styrkelse af forløbsplanen som et værktøj for patienten*

Parterne er enige om at arbejde hen imod, at den digitale forløbsplan også bliver et værktøj for patienten mellem konsultationerne hos deres praktiserende læge. Fx muligheden for indtastning af egne noter eller måltal.

#### *Minimumstal for antal forløbsplaner pr. lægekapacitet*

I løbet af 2021 får klinikkerne mulighed for at tilbyde tre typer planer. Alle klinikker har en forpligtelse til at tilbyde og arbejde med de digitale forløbsplaner, hvor det er relevant, jf. afsatte midler afsat ved OK18.

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 årskontroller. 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.

Hvis en klinik allerede inden udgangen af 2021 har lavet mange forløbsplaner, eller har ganske få patienter at tilbyde disse planer til, og det i disse tilfælde vil være svært for klinikken at oprette fem nye planer i den resterende del af overenskomstperioden, tages dette med vil betragtning forud for en evt. indbringelse for Samarbejdsudvalget.

#### 12.4 Henvisning til teleKOL

Parterne er enige om, at sundhedsvæsnets skal rykke tættere på borgerne. Det betyder, at der i endnu højere grad end i dag skal tages digitale løsninger i brug i borgernes hjem. Telemedicinske løsninger som video, PRO og hjemmemonitorering er kommet for at blive – og de kommer til at fylde endnu mere i sundhedsvæsnets i fremtiden.

De praktiserende læger fik med kronikerprogrammet et særligt ansvar for borgere med KOL og diabetes.

Det kommende telemedicinske monitoreringstilbud til borgere med svær KOL, som fra efteråret 2020 rulles ud i kommuner og regioner, støtter yderligere op om disse patienter, som også har et højt antal kontakter med almen praksis. 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.

Den nye model skal træde i kraft, når der foreligger en teknisk understøttelse, der automatisk kan beregne differentierede højestegrænser baseret på køn og alder for de enkelte klinikker og informere klinikkerne herom. Der er desuden

behov for, at der tages stilling til, hvordan kronikerhonoraret håndteres i beregningen af højstegrænser.

Indtil implementering af en ny model er parterne enige om, at der ved beregning af højstegrænser tages højde for, at plejhjemslæger har en patientpopulation, som er mere behandlingskrævende end gennemsnittet. Hvis en plejhjemslæge falder udenfor 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 højstegrænse for praksis.

### 12.6 Sanering af tillægsydelser (inkl. webpatient)

Parterne er enige om at foretage ændringer i ydelseskataloget, hvilket betyder at følgende ydelser udgår:

1. Anoskopi (2136)
2. Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende teknik (2141)

Økonomien fra ydelse 2136 tillægges basishonoraret (311.000 kr.). Økonomien fra ydelse 2141 tillægges konsultationshonoraret (0101, 8,8 mio. kr). Ydelserne skal derfor fortsat indgå i almen praksis' samlede tilbud hvis relevant, selvom der ikke bliver afregnet særskilt honorar herfor.

Parterne er derudover enige om, at ydelserne "audiometri" (7112) og "tympometri" (7117) sammenlægges til én ydelse under navnet "Audiometri/tympometri", og at honoraret for den nye ydelse er 111,07 kr. (april 2021-niveau).

#### *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", hvor honoraret bliver 147,35 kr. (april 2021-niveau).

Ydelsen Instruktion i brug af kliniske skemaer kan benyttes sammen med følgende skemaer:

1. Hjemmeblodtryk
2. Væske/vand (voksen)

3. Væske/vand (barn)
4. DAN-PSS

Ydelsen Instruktion i brug af kliniske skemaer er en tillægsydelse, der anvendes i forbindelse med den konsultation, hvor patienten modtager instruktion i brug af kliniske spørgeskemaer i enten elektronisk eller fysisk form. Lægen giver patienten mulighed for at tilgå PRO-skemaer digitalt, hvori patienten efter aftale med klinikken kan registrere data i en afgrænset periode med henblik på at dokumentere symptomer.

Såfremt der er behov for at forlænge perioden, hvor data registreres, kan der ikke afregnes en ny ydelse, da det forudsættes, at patienten allerede er instrueret i brugen af skemaet.

Anvendelsen af ydelsen forudsætter, at lægen/personalet instruerer patienten i at anvende det klinisk validerede spørgeskema der enten udleveres i klinikken eller sendes elektronisk i overensstemmelse med kliniske retningslinjer.

Ved måling af blodtryk i hjemmet udlånes blodtryksapparat til patienten vederlagsfrit.

#### *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.

Arbejdsgruppen skal komme med anbefalinger til parterne 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 årskontroller på lægens ansvar. En års-



status skal fortsat indeholde en vurdering af medicinordinationerne, hvorfor lægen som minimum superviserer personalet med hensyn til medicingennemgang og nye ordinationer og fremtidig plan. Personalet kan alene yde årskontrol 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 pandemisituation

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

Råderummet i den offentlige økonomi er begrænset. Det er derfor afgørende, at aftalen understøtter styring af økonomien på området, og giver den enkelte region sikkerhed for den årlige aftaleøkonomi. Det nødvendiggør, at der aftales en fast årlig økonomisk ramme, som gælder kollektivt for de praktiserende læger med tilhørende automatiske mekanismer til sikring af, at rammen overholdes. De praktiserende læger vil inden for denne ramme skulle varetage deres opgaver og prioritere deres indsatser, så ressourcerne udnyttes bedst muligt til at sikre borgerne lægeydelser af høj kvalitet

I økonomiprotokollatet er der taget højde for den ekstraordinære situation, at den aftalte økonomiske ramme overskrides. I dette tilfælde vil overskridelsen blive modregnet i praktiserende lægers årlige honorar, jf. nedenfor. Modregningsadgangen er en sekundær mekanisme, der anvendes i den situation, hvor regionernes udgifter til almen lægehjælp i aftaleperioden ellers ville overstige den aftalte økonomiske ramme.

I henhold til Sundhedsloven er der fri adgang for sikrede til det almen medicinske tilbud. Det betyder, at den enkelte læge ikke kan styre antallet af initiale henvendelser i praksis. Dette er en særlig omstændighed, som nødvendiggør, at både PLO som organisation, og regionerne som myndighed, skal kunne give løbende information og vejledning til de praktiserende læger om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme, og om de overenskomstmæssige konsekvenser af, at den økonomiske ramme overskrides. Parterne er enige om, at både regioner og PLO har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig indenfor det fastlagte loft.

Der skal ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi. Den første opgørelse udarbejdes, når udgiftstallene for marts 2022 foreligger.

Den økonomiske ramme for almen praksis udgør pr. 1. januar 2022 8.749,6 mio. kroner (april 2021-prisniveau). Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering. Udgifter vedrørende profylakseydelser, influenzavaccinationer, cervixytologiske undersøgelser (2102, inkl. én 0101), fast tilknyttede

læger på plejehjem, aktivitet i regions- og udbudsklinikker er ikke inkluderet i rammen. Endeligt er udgifter vedr. lokale aftaler og rammeaftaler ikke inkluderet i rammen.

Den økonomiske ramme reduceres for udgifter vedr. samtaleterapi i takt med, at der i de enkelte regioner indgås en praksisplan og i tilknytning hertil en underliggende aftale til praksisplanen mellem PLO, regionen og kommunerne i regionen, hvor indsatser for visse patienter med psykiske problemstillinger fastlægges. Rammen reduceres med et beløb svarende til den enkelte regions udgifter til ydelserne vedrørende samtaleterapi de forudgående 12 måneder.

Til rammen lægges (alle beløb i april 2021-prisniveau):

- Løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 62 i overenskomsten.
- 33,2 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 65,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 96,7 mio. kr. pr. 1. januar 2024 som følge af udviklingen i gruppe 1 sikrede.
- 32,6 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 67,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 103,6 mio. kr. pr. 1. januar 2024 som følge af den demografiske udvikling.
- 20,2 mio. kr. til kommunal kommunikation på basishonoraret
- 3,3 mio. kr. til cybersikkerhed på basishonoraret
- 5 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 10,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 12,6 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til opfølgning på epikriser på basishonoraret.
- 8,1 mio. kr. til videokonsultationer
- 17,5 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 17,5 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 28,4 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til fokuseret somatisk undersøgelse for psykisk syge borgere.
- 7,6 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 15,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 15,1 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til sundhedstjek på botilbud.

- 3,9 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 3,9 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 6,3 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til fokuseret styrket indsats til sårbare børn.
- 5 mio. kr. pr. 1. januar 2022, 10,1 mio. kr. pr. 1. januar 2023 og 15,1 mio. kr. pr. 1. januar 2024 til kommunale akutfunktioner

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

- Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelser eller lignende.
- Lokalt aftalte opgørelser for ændringer i aktiviteten som følge af omlægninger i regionernes akutbetjening. Rammen er endeligt korrigeret for aktivitetsændringer som følge af omlægningen af Region Hovedstadens og Region Syddanmarks akutordninger.
- Økonomirammen reduceres med den andel af de udmøntede midler til spirometrier (7113 og 7121) samt ydelsen "sundhedstjek på botilbud", som der ikke er afholdt aktivitet for. Hvis aktiviteten for sundhedstjek på botilbud overstiger det afsatte beløb, opreguleres økonomirammen tilsvarende.

I helt særlige tilfælde kan der herudover mellem de centrale parter aftales en korrektion af rammen. Det kan eksempelvis skyldes ekstraordinær sygelighed og større strukturelle ændringer samt ændringer som følge af lovgivning.

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 31. december 2024.

Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser.

De aktuelle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering med fradrag af aktuelle udgifter vedr. profylakseydelser, influenzavaccinationer, cervixytologiske undersøgelser (2102 inkl. én 0101), fast tilknyttede læger på plejehjem, aktivitet i udbuds- og regionsklinikker, lokale aftaler og rammeaftaler sammenholdes med den fastsatte økonomiske ramme.

Hvis de årlige udgifter, normeret til 52 uger, til almen praksis overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra den førstkommende

regulering efter opgørelsen foreligger, sker en modregning efter følgende principper:

1. Ved overskridelser af den økonomiske ramme på mindre end 0,6 procent af den samlede ramme, iværksættes ikke modregning. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end 0,6 procent undtages ikke fra modregning som beskrevet i punkt 2, med mindre andet aftales.
2. Ved overskridelser af den økonomiske ramme ud over 0,6 procent sker en nedsættelse af reguleringsprocenten og om nødvendigt af basishonoraret med mindre andet aftales. Denne modregning skal give compensation svarende til den konstaterede forskel mellem den afsatte ramme og de regionale udgifter. Den fulde overskridelse udover 0,6 procent, jf. pkt. 1, forventes dermed tilbagebetalt. Modregningen afvikles fremadrettet over et år med virkning fra førstkommende regulering. Modregning forløber således over to reguleringsperioder, hvorefter tilbagebetalingen anses som afviklet.

Der anvendes som udgangspunkt statistiske data ved beregning af modregningen, og der sker således ikke efterregulering ved ændret adfærd.

## 14. Aftalens økonomi

<i>April 2021-niveau</i>	OK1	OK2	OK3	Permanent
<b>Løft af basishonorar (inkl. tutorlægehonorar)</b>				
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
<b>Løft af faste honorarer i alt</b>	<b>43,6</b>	<b>59,0</b>	<b>71,7</b>	<b>71,7</b>
<b>Aktivitetssløft</b>				
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
<b>Aktivitetssløft i alt</b>	<b>63,2</b>	<b>119,3</b>	<b>177,2</b>	<b>177,2</b>
<b>Nye opgaver - aktivitet</b>				
Ultral lyd	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
<i>Finansiering fra fond ver. Ultral lyd</i>	-9,9	-9,9	-9,9	0,0
<i>Finansiering fra fond ver. Multisyge</i>		-9,7	-9,7	0,0
<b>Ny finansiering af nye opgaver i alt</b>	<b>55,7</b>	<b>70,1</b>	<b>90,1</b>	<b>99,1</b>
<b>Samlet økonomi</b>				
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
Aktivitetssløft	63,2	119,3	177,2	177,2
Nye opgaver, aktivitet	65,6	89,7	109,7	99,1
<i>Finansiering fra fond</i>	-9,9	-19,6	-19,6	0,0
<b>Samlet løft (kun ny finansiering)</b>	<b>167,5</b>	<b>254,6</b>	<b>345,1</b>	<b>349,1</b>

## 15. Ikrafttrædelse

Parterne er enige om, at Overenskomst om almen praksis med de ændringer, der følger af nærværende aftale, 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.

København, den 19. juni 2021

For  
Regionernes Lønnings- og  
Takstnævn

For  
Praktiserende Lægers Organi-  
sation

Bo Libergren

Jørgen Skadborg

Rikke Margrethe Friis

Jette Galatius

## Bilag 1 Faglige rammer for pilotprojekt vedr. klinisk indsats for multisyge

Et stigende antal patienter i almen praksis lider af multisygdom. Multisygdom er forbundet med ulighed i Sundhed. Nogle patienter med multisygdom har markant lavere funktionsniveau, lavere livskvalitet og højere dødelighed og et højt forbrug af sundhedsydelser. Der er en lineær sammenhæng mellem antal diagnoser og risiko for indlæggelse.

Patienter med multisygdom kan opleve en høj "behandlerbyrde" og manglende sammenhæng i patientforløbet. Der er risiko for over- og underbehandling og polyfarmaci/fejlmedicinering og generelt højere forekomst af utilsigtede hændelser grundet komplekse forløb.

### Målsætning

Patienter med "kompleks multisygdom" tilbydes en mere fokuseret, helhedsorienteret og tværfaglig indsats mellem almen praksis, kommune og sygehus. Der tages højde for den samlede sygdomsbyrde og livssituation **fremfor** enkelt sygdomme. Målet med indsatsen er højere livskvalitet for patienten, bedre behandling, forebyggelse af komplikationer til de kroniske sygdomme og mindsket "behandlerbyrde". Det kan betyde, at en større del af behandlingen foregår i det nære sundhedsvæsen med almen praksis som omdrejningspunkt, så patienterne kan mærke større sammenhæng i deres behandlingsforløb.

Der igangsættes derfor et pilotprojekt som skal afprøve om en klinisk indsats med et mere helhedsorienteret blik på patienten og en styrket koordinering med kommuner og hospital kan styrke den samlede indsats for patienter med multisygdom.

### Målgruppe

Målgruppen skal findes blandt de 10-15 % patienter, der lider af kompleks multisygdom, og har høj komplikationsrisiko, høj behandlingsbyrde og ofte mange kontakter til sundhedsvæsenet. Det skønnes, at der i Danmark er 160.000-200.000 patienter med kompleks multisygdom.



I pilotprojektet skal indsatsen rettes mod en delmængde af de patienter, der vurderes af have mest gavn af indsatsen, og som opfylder følgende kriterier:

- To eller flere samtidige kroniske sygdomme,
- Kontakt/kontakter med hospital (ambulatorie eller indlæggelse) indenfor det sidste år.
- Borgeren er i behandling med mindst fem receptpligtige præparater.
- Borgeren er hjemmeboende, eventuelt med kontakt til hjemmeplejen/hjemmesygeplejen.

Samlet set indgår ca. 20.000 patienter i ovennævnte gruppe.

### **Fagligt indhold af overblikstatus ved multisygdom**

Indledende indsats:

- Almen praksis opsporer tilmeldte patienter med kompleks multisygdom. Patienterne kan findes via dataudtræk eller epikriser.
- Patienten tilknyttes en kontaktperson (kan være læge eller personale i almen praksis). Kontaktpersonen indkalder patienten til en konsultation.

Under konsultationen (foretages af lægen – evt. med deltagelse af kontaktpersonen) gennemføres der:

- Afklaring af hvilke diagnoser patienten har i samarbejde med patienten, og en evt. opdatering af oversigten over faste diagnoser med icpc-kodning.
- Evt. kontakt/konference med øvrige behandlere med henblik på afklaring af behandlingsforløb.
- Afklaring af hvilken medicin patienten indtager og på hvilken indikation med støtte i FMK og ajourføring af FMK.
- Prioritering af indsatsområder for behandling sammen med patienten og afklaring af, hvad der betyder mest for patientens liv og helbred.
- Motiverende samtale.
- Drøftelse af om eventuelle planlagte besøg i et eller flere ambulatorier kan reduceres i antal eller måske ophøre helt (skal ske i samråd mellem praktiserende læge, speciallæge i ambulatorium og patient).
- Udarbejdelse af et behandlingsoverblik der følger af journalnotatet. Det relaterer sig til både prioriterede indsatsområder for behandling og konkrete indsatser/aftaler og kommunal rehabilitering.

- Patienten medgives behandlingsoverblikket og det sendes til kommunen og evt. til de sygehusafdelinger, som har patienten i ambulans forløb.
- Kontaktpersonen sørger for opfølgning og eller aftaler om næste konsultation.

Efter konsultationen gennemføres der:

- Når der er faglig indikation for det, en multidisciplinær konference over video med relevante specialister på et til projektet udvalgt hospital i optageområdet. Konferencen skal klarlægge en hensigtsmæssig videre behandlingsproces. Mødet kan gennemføres med drøftelse af flere patienter afhængig af den tidmæssige gennemførelse i almen praksis.

### **Opgaver i tværsektoriel koordinering**

#### *Kommunens opgave*

Efter modtagelse af behandlingsoverblikket via henvisning<sup>7</sup> til kommunalt forebyggelsestilbud gennemfører kommunen en samtale med patienten med udgangspunkt heri. Der tilrettelægges en skræddersyet rehabiliteringsindsats. Egen læge modtager ved afslutning et notat fra kommunen<sup>8</sup>. Det er væsentligt at hhv. kommune og almen praksis kender til hinandens sundhedsfaglige indsatser, og der bør arbejdes på, at samarbejdet fremmes indenfor projektets rammer.

#### *Hospitalets opgave*

Lægelige specialister, der er relevante i forhold til den aktuelle patient, deltager i en tværfaglig videokonference med den praktiserende læger om behandlingsmuligheder og drøftelse af det videre behandlingsforløb, når egen læge finder indikation for sparring med specialister.

Konferencen gennemføres med henblik på at undgå unødige kontakter på hospitalet og skabe den bedst mulige behandling af patienten. Der skal inden projektopstart indgås aftale med hospitaler som deltager i projektet, om den videre tilrettelæggelse.

---

<sup>7</sup> Medcom standard XREF15.

<sup>8</sup> Medcom standard XDIS15.

### *Almen praksis' opgave*

Almen praksis' aftaler tidspunkt for en tværfaglig konference efter gennemførelse af overblikkonsultationen. Flere patienter kan inkluderes i samme konference, så konferencen kan arrangeres rationelt under hensyntagen til lægernes tidsforbrug.

### **Indsamling af data**

Der skal indenfor projektets rammer skabes et fælles overblik på tværs af sektorer over patientens data med henblik på at skabe en fælles forståelse af patientens situation. Det indebærer fuld gennemsigtighed om behandling og kliniske data, som indsamles af almen praksis eller andre aktører under projektet. Der findes aktuelt ingen teknisk understøttelse af et tværsektorielt fælles behandlingsoverblik. Derfor sender den praktiserende læge sit journalnotat fra overblikkonsultationen til sygehuset efter nærmere aftale af form og tidspunkt. Fremsendelse sker på en måde, så journalnotatet kan ses af alle afdelinger. Blodprøvesvar kan allerede ses på laboratorieportalen.

### **Udvælgelse af praksis og hospitaler**

Der vurderes i gennemsnit at være 35 patienter pr. lægekapacitet, som falder under projektets målgruppe. Det indebærer, at der skal udvælges ca. 500-600 læger til projektet.

Alle klynger får via klyngekoordinator mulighed for at melde ind, om klyngen har lyst til at deltage i projektet. Det er frivilligt om klyngens læger ønsker at deltage, men der opfordres til det. Deltagende klynger udvælges på denne baggrund og opfordres herefter til at resultater og erfaringer fra deltagelse i projektet gøres til genstand for det løbende databaserede kvalitetsarbejde i klyngen.

Med henblik på at sikre geografisk spredning er det muligt for praktiserende læger at deltage i projektet, uden at deres klynge har meldt sig til.

Hvis et stort antal klynger melder sig til, kan det være nødvendigt at udvælge de klynger, som skal deltage. Klynger udvælges ligeligt geografisk og på tværs af landets regioner. Der bør i denne udvælgelse dels lægges vægt på, om deltagende praksis har en patientsammensætning med høj grad af multisygdom, dels

om der en høj andel af interesserede læger i klyngen. Hvis der herefter stadig er et for stort antal klynger, som ønsker at deltage, trækkes lod.

#### **Forskningsmæssige fokusområder**

Pilotprojektet ledes og understøttes af et forskningsprojekt. En samlet synopsis forelægges Styregruppen for forskning i regi af Fonden for almen praksis til godkendelse.

Forskningsprojektet får til opgave at undersøge følgende parametre såvel før som efter, at patienten har modtaget en overblikstatus:

1. Kontakthypigheden i almen praksis.
2. Ambulant aktivitet og kontakt til speciallægepraksis evt. øvrig praksissektor.
3. Indlæggelser.
4. Medicinforbrug.
5. Henvisning til rehabilitering samt gennemførelse af rehabiliteringsforløb.

Forskningsprojektet får desuden til opgave at beskrive, hvordan der skabes gennemsigtighed om behandlingen af patienter med multisygdom, således at aktører i sundhedsvæsenet kan få det bedste billede af behandlingen. Konkret skal det beskrives, hvilke data der er mest relevant at dele sundhedsfagligt på tværs af sektorer. Herudover skal beskrives, hvilken dataindsamling og hvilke datakilder, der er behov for, hvis der løbende skal måles på værdien af den samlede behandling på tværs af sektorer. Dette kan bidrage til udvikling af det fælles patientoverblik på længere sigt.

## **Bilag 2 Protokollat om fast tilknyttet læge på plejehjem**

Formålet med en fasttilknyttet læge på et plejehjem er at skabe en bedre kvalitet for beboerne på plejehjemmet, bl.a. gennem styrket kommunikation, tilgængelighed og samarbejde mellem plejepersonalet og den praktiserende læge, så der sikres størst mulig faglig indsigt, god medicin håndtering og kontinuitet i pleje- og behandlingsforløbene. Formålet er endvidere at reducere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser.

### **Mål**

For at opnå formålet, skal udbredelse af aftalen på landsplan øges ved en stigende dækningsgrad over overenskomstperioden. Dækningsgraden opgøres som antal plejehjem, som har fast tilknyttet læge, set i forhold til det samlede antal plejehjem i kommunen. Det er kommunerne, der følger dækningen. Hertil bruges et af parterne udarbejdet skema.

Det vurderes, at ca. 66 pct. af de kommunale plejehjem i 2020 er dækket af plejehjemslæger. Det er ambitionen, at alle plejehjem så vidt muligt skal have en fast læge tilknyttet. For at øge dækningen til over 80 pct. ved udgangen af 2023 forpligter parterne sig til aktivt at arbejde for at få ordningen udbredt. PLO har en særlig forpligtelse til at arbejde for rekruttering af plejehjemslæger.

### **Den fasttilknyttede læges opgavefelt**

Aftalen vedrører kommunale plejecentre, herunder de selvejende/private plejecentre med driftsoverenskomst med kommunen.

Det skal tilstræbes, at den fast tilknyttede læge som udgangspunkt kan være læge for alle beboere/patienter på et plejehjem, hvad enten lægen har åbent eller lukket for tilgang af patienter. Dog kan flere læger være fast tilknyttede læger på større plejehjem, som opdeles i ét eller flere afsnit/afdelinger á minimum 30 beboere/patienter. Har en læge over 30 antal borgere på samme plejehjem tilknyttet, kan plejehjemslægen få en 1 ekstra times månedlig undervisning. Ved lægens tilknytning til plejehjemmet som fast læge og når nye beboere flytter ind på plejehjemmet, gør plejehjemmet på objektiv vis opmærksom på muligheden for at vælge den fast tilknyttede læge, jf. § 3, nr. 5 i bekendtgørelse nr. 1501 af 13. december 2018 om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren. Plejehjemslægen er ikke fast læge for

plejehjemets eventuelle midlertidige beboere på eksempelvis aflastningspladser, gæstebesteder eller akutpladser, hvis ikke disse patienter er tilknyttet lægen i forvejen.

En praksis som omfatter flere læger/lægekategorier kan sammen udfylde funktionen som fast tilknyttet læge på et plejehjem. Læger i udbuds- og regionsklinikker kan også varetage funktionen.

### **Beskrivelse af lægens opgave**

Den fast tilknyttede læge yder almenmedicinsk lægehjælp til de beboere, der er tilmeldt lægen. Behandlingen sker i henhold til Overenskomst om almen praksis. Den fast tilknyttede læge yder herudover generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejds møder i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter til plejepersonalet på det plejehjem, hvor lægen er tilknyttet. Lægen bidrager med sin viden og kliniske erfaring. Emner der tages op som rådgivning og/eller undervisning, samarbejds møder m.v. kan være efter ønske fra plejepersonale såvel som på lægens initiativ. Emnerne kan være symptom- og/eller sygdomsspecifikke (fx demens, blærebetændelse, dehydrering) og kan være generelle (fx medicin håndtering, palliation, genoplivning), ligesom der i forlængelse af emnerne kan drøftes det konkrete samarbejde. Fælles for temaerne er, at de ikke vedrører konkret behandling af en beboer på plejehjemmet men er mere generelle problemstillinger. Af samme grund omfatter opgaven med sundhedsfaglig rådgivning og/eller undervisning ikke de situationer, hvor plejepersonalet medvirker under et sygebesøg hos en beboer på plejehjemmet og som en del af sygebesøget får instruktion/information om sygdom og behandling.

Rådgivnings- og undervisningsaktiviteten kan foregå ved fysisk møde eller via video.

Kontakt og samarbejde mellem plejehjemmet og den fast tilknyttede læge  
Den fast tilknyttede læge skal have én blandt plejepersonalet som sin primære kontaktperson. Kontaktpersonen skal være en kvalificeret sundhedsperson ansat på plejecenteret, som udgangspunkt en sygeplejerske. Kontaktpersonen og den fast tilknyttede læge aftaler, hvordan samarbejdet mellem læge og plejehjem sker, når det gælder imødekomme af konkrete beboers behov for behandling, ligesom de sikrer tilrettelæggelsen af rådgivning og/eller undervisning, herunder emner.

Den fast tilknyttede læge forpligter sig til at stå til rådighed for rådgivning og/eller undervisning af plejepersonalet i 2 eller 3 timer afhængigt af antal tilknyttede beboere, inkl. evt. transporttid pr. måned i gennemsnit. Den konkrete tilrettelæggelse af timer til rådgivning og/eller undervisning aftales mellem den fast tilknyttede læge og kontaktpersonen. Timerne vil kunne placeres i forbindelse med et sygebesøg i hvilken forbindelse transporten så er honoreret. Timerne bør placeres jævnt hen over året, og under hensyntagen til eventuelle ferieperioder for både læge og det faste plejepersonale på plejehjemmet. Af samme grund kan der hensigtsmæssigt laves en fast eller længere plan for rådgivning og/eller undervisning.

#### **Tilknytning/ophør som plejhjemslæge**

Med henblik på at skabe overblik over hvilke læger, som er fast tilknyttede læger på plejehjem eller plejhjemsafsnit/afdeling, dels ift. afregning, dels ift. løbende opfølgning af dækningsgrad, skal alle kommuner pr. 1. april 2022 udarbejde en liste over plejehjem, hvor kommunen ønsker at få tilknyttet en plejhjemslæge i henhold til nærværende aftale. Listen fremlægges i Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU) til drøftelse med henblik på at tilstræbe, at alle plejehjem får en fast tilknyttet læge. Af listen skal fremgå antal plejhjemspadser på hvert plejehjem pr. fast tilknyttet læge samt evt. navn på lægen/praksis.

Med baggrund i ovenstående oplysninger udarbejder kommunerne hvert år (pr. 1/1) en samlet opgørelse over hvor mange plejehjem eller evt. plejhjemsafsnit/afdeling, der har fast tilknyttede læger, og hvor mange som ikke har, med henblik på parternes drøftelse i forhold til de aftalte mål for dækningsgrad. Den første drøftelse finder sted ved starten af 2023.

Sker der ændringer i løbet af året, opdateres opgørelsen kvartalsvis og sendes til orientering til regionens praksisafdeling og PLO regionalt med henblik på at sikre udbetaling af den faste månedlige honorering som plejhjemslæge. Ophør som plejhjemslæge kan ske med 3 måneders varsel til udgangen af et kvartal som gælder gensidigt for såvel kommune, som læge.

#### **Honorering**

Den fast tilknyttede læge får et fast månedligt honorar, som udgør 1.935,27 kr. (april 2021-niveau), svarende til 2 timers rådgivning og/eller undervisning gennemsnitligt pr. måned med en timepris på 967,64 kr.<sup>9</sup>. Har lægen 1 times rådgivning og/eller undervisning mere, honoreres tilsvarende.

Der kan ikke i tillæg til dette protokollat indgås individuelle (konsulent)kontrakter mellem læge og kommune/plejehjem i forhold til varetagelse af rollen som fast tilknyttet læge på plejehjem eller plejehjemsafsnit/afdeling.

---

<sup>9</sup> Jævnfør tidligere nationale aftale om fast tilknyttet læge på plejehjem.



## **Bilag 3 Protokollat om styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner**

### **Formål**

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.

Aftalen skal sikre:

- At patienter med behov for lægefaglig behandling, mens de er tilknyttet en kommunal akutfunktion, oplever et sammenhængende forløb af høj kvalitet uanset om patienten skal modtage behandling og pleje i eget hjem eller på en kommunal akutplads
- At sundhedspersonalet i kommunale akutfunktioner har mulighed for lægefaglig back up ved akut opstået forværring af en patients tilstand
- Øget kvalitet og tilgængelighed i samarbejdet mellem de kommunale akutfunktioner og den praktiserende læge
- Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser
- Klarhed om placering af det lægelige behandleransvar mellem hhv. almen praksis, vagtlæge/1813 og hospitalet
- Tydeliggøre målgruppen for samarbejdet og indsatsen på kommunale akutfunktioner
- Vilkår for honorering samt afgrænsning i forhold til øvrige ydelser i Overenskomst om almen praksis.

### **Grundlag for aftalen**

Aftalen tager afsæt i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser af den 25. oktober 2017. Herefter benævnt som Sundhedsstyrelsens kvalitetstandarder.

Aftalen vedrører de kommunale akutfunktioner. Kommunerne kan organisere opgavevaretagelsen forskelligt, fx som udgående akutteams, akutpladser og/eller en kombination heraf. Indsatserne i akutfunktioner er de samme uanset tilrettelæggelsen og er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder, afsnit 5.

De kommunale akutfunktioner varetager som minimum en række standardiserede sygeplejefaglige indsatser, som kræver særlige kompetencer. Medarbejderne i de kommunale akutfunktioner er som hovedregel erfarne sygeplejersker, men kan også være erfarne social- og sundhedsassistenter, der har en række særlige kompetencer for at kunne udføre akutfunktionens opgaver, jf. kvalitetsstandardernes afsnit 6.

Aftalen omfatter dagtid.

### **Patientmålgruppen**

Der er tale om patienter med komplekse medicinske problemstillinger, hvor der er særligt behov for tæt kontakt, samarbejde og faglig sparring mellem personalet i den kommunale akutfunktion og den praktiserende læge i et konkret behandlingsforløb.

Almen praksis kan henvise patienter, som opfylder betingelserne nedenfor, til den kommunale akutfunktion, men det er kommunerne, som har visitationsretten.

Aftalen gælder for følgende gruppe 1-sikrede patienter, som er fyldt 18 år, og som tilknyttes en kommunal akutfunktion på én af følgende måder.

1. Patienter, henvist af almen praksis, hvor der er brug for en hurtig sygeplejefaglig vurdering for at sikre den rette lægefaglige indsats, herunder om patienten skal tilknyttes akutfunktionen med det formål at forebygge yderligere forværring af tilstanden<sup>10</sup>.
2. Patienter, henvist af almen praksis, som er tilknyttet den kommunale akutfunktion, hvor lægen har vurderet, at patienten har behov for observation, pleje og /eller behandling for akut opstået somatisk sygdom eller forværring af kendt sygdom, men uden behov for indlæggelse på hospital.
3. Patienter, som den kommunale hjemmesygepleje har valgt at tilknytte akutfunktionen, når hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for en

---

<sup>10</sup> Dvs. en evt. første kontakt mellem egen læge og akutfunktion med henblik på assistance til indledende afklaring. Evt. skriftlig kommunikation foregår ved hjælp af alm. korrespondancemeddelelse.

hurtig lægefaglig indsats med henblik på at undgå akut forværring i en patients tilstand.

4. Patienter, henvist af hospitalslæge, når patienten efter udskrivning fra hospital fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, der er til stede i en kommunal akutfunktion.

Aftalen gælder ikke for patienter tilknyttet en kommunal akutfunktion, hvor hospitalet fortsat har behandleransvaret.

#### **Definition af lægeligt behandleransvar for patienter tilknyttet de kommunale akutfunktioner**

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, som 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. Egen læges kommunikation med akutfunktionen på vegne af den behandlingsansvarlige læge på hospital afregnes med en ydelse, jf. afsnit om honorering.

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. Det er afgørende, at det er entydigt for personalet i den kommunale akutfunktion, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om borgerens behandling. Praktiserende læger skal i den forbindelse så vidt muligt benytte MedCom-standarden XREF22, jf. nedenfor.

Der kan regionalt i regi af PPU evt. indgås aftaler om overdragelse af behandlingsansvaret fra hospitalslæge til praktiserende læge - og procedurerne i denne forbindelse.

### **Ydelsens indhold**

Ydelsen gives for lægefaglig rådgivning og vurdering fra almen praksis af konkret patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden for en patient inden for målgruppen, når behandleransvaret er den praktiserende læges.

I forlængelse af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder kan den praktiserende læge støtte sin vurdering af en patients tilstand på akutsygeplejerskens måling af nærmere aftalte kliniske værdier.

I tilfælde af akut opstået sygdom eller forværring hos en patient kan den praktiserende læge efter aftale med den kommunale akutfunktion bede akutsygeplejersken om at foretage en klinisk vurdering. Det kan ske enten ved, at en akutsygeplejerske besøger patienten, eller det kan ske på en kommunal akutplads. Den praktiserende læge informerer akutsygeplejersken om patienten og aftaler opgavens omfang og formål, samt hvordan der skal ske tilbagemelding med henblik på lægens vurdering og eventuelle opfølgning.

Kontakten skal være mellem den praktiserende læge og den kommunale akutsygeplejerske. Kontakten sker som udgangspunkt telefonisk, men kan også være elektronisk eller pr. video. Valg af medie for kontakt ændrer ikke på hverken opgavens indhold eller vilkår for honorering.

Ydelsen kan kun anvendes, når det handler om akut forværring i et patientforløb med behov for mere koordinering og udveksling af informationer. Derfor kræves der for brug af denne aftale, at den praktiserende læge tager dialogen med akutsygeplejersken ved akutfunktionen, og har en større grad af tilgængelighed end ved normale telefonkonsultationer og/eller korrespondancemeddelelser. Det lægefaglige arbejde i ydelsen omfatter også journalopslag, epikriselæsning, relevant dokumentation for iværksat behandling, medicinafstemning, laboratorieresvar samt evt. henvisning mv.

### **Honorering og afgrænsning til overenskomstens øvrige ydelser**

Kommunikationen – telefonisk, elektronisk eller pr. video – mellem den praktiserende læge og sundhedspersonale i akutfunktionen om en konkret patient honoreres med ydelse, som udgør 158,61 kr. (apr. 2021 niveau). Ydelsen kan afregnes, når der har fundet en lægefaglig vurdering, behandling og/eller opfølgning på behandling sted, jf. beskrivelsen af ydelses indhold.

Ydelsen kan højst afregnes to gange pr. dag.

Ydelsen kan ikke kombineres med følgende ydelser:

- 0201 telefonkonsultation
- 0105 E-konsultation
- Forebyggende indsatser, fx ydelse 0120 eller 0121, da der er tale om patienter med komplekse og ofte akutte sygdomsforløb.

Sygebesøg kan afvikles og honoreres i henhold til overenskomst om almen praksis.

Ydelsen kan også afregnes for patienter diagnosticeret med KOL og/eller diabetes type II, som er omfattet af kronikerhonoraret.

### **Opfølgning m.v.**

MedCom har dokumenteret og udarbejdet et testværktøj til en ny standard: "Den gode henvisning til kommunens akutfunktion (XREF22)", som skal bruges ved henvisning til kommunens akutfunktion, og "Det gode afslutningsnotat fra kommunens akutfunktion (XDIS22)", som skal bruges, når patienten afsluttes.

Lægepraksissystemerne og kommunernes omsorgssystemer er i gang med teknisk udvikling og implementering, og det er forventningen, at standarderne for henvisning og afslutning i relation til kommunale akutfunktioner er i drift i løbet af efteråret 2020. Sygehusenes tekniske og driftsmæssige implementering sker i forskellige tempi og tidspunkter.

Parterne er enige om, at praktiserende læger, så vidt muligt anvender MedCom-standard for henvisning til den kommunale akutfunktion, ligesom kommunerne udarbejder afslutningsnotat til lægen. Brugen af standarderne vil blandt andet blive anvendt for opfølgning på aftalen, foruden at der vil blive fulgt op på, at aftalen øger tilgængeligheden i samarbejdet mellem de kommunale akutfunktioner og den praktiserende læge, og at aftalen anvendes til den rette målgruppe.

## Bilag 4 Anvendelse af videoløsninger i almen praksis

Anvendelsen af videoløsninger i almen praksis er et vigtigt bidrag til at øge tilgængeligheden for borgerne til almen praksis. Videokonsultationer giver bl.a. borgerne mulighed for at få en konsultation uden at skulle tage fri for arbejde eller bruge tid på transport.

Allerede ved overenskomstens start er videofunktionen teknisk tilgængelig i alle lægepraksissystemer, og der arbejdes på øget integration mellem videoløsningen og lægesystemet for at få de to til at hænge endnu bedre sammen. Der er derfor enighed om, at alle lægepraksis ved udgangen af overenskomstperioden skal tilbyde videokonsultationer.

Ved brug af video til patientkontakt er det en lægefaglig vurdering, hvornår video kan være den rette kontaktform. Patienten eller andre kan ikke kræve kontakt via video, men lægen skal tage hensyn til patientens behov og personlige ikke-medicinske forhold fx transporttid til klinikken.

### *Formål*

- Etablere nye former for tilgængelighed for borgerne til almen praksis
- At spare borgerne for transport til og fra lægen og at spare lægetid på fx sygebesøg
- Skabe rammerne for, at klinikkerne kan bruge videomediet som et redskab til en bedre kapacitetsudnyttelse og en større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen
- Understøtte samarbejde internt i praksissektoren og på tværs af sektorer om sårbare og komplekse patienter.
- Understøtte bedre tilgængelighed for borgerne i lægevagten

### *Typer af videoløsninger*

Der skelnes mellem to typer af videokonsultationer:

- a) En planlagt videokonsultation, hvor lægen/praksispersonalet visiterer og fastsætter tidspunktet for videokontakten, som erstatter en fysisk konsultation eller sygebesøg. Det kan typisk være en opfølgende konsultation på en kendt problemstilling men også en indledende samtale eller en konkret lægefaglig vurdering af et udslet eller et øje.

Patienten kan godt få hjælp fra anden person til gennemførelse af videokonsultationen, herunder teknisk hjælp.

- b) 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 o.lign., 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 f.eks. at plejepersonale kan håndtere det videre forløb.

#### *Honorering for videokontakt*

Den planlagte videokonsultation i dagtid honoreres i overenskomstens første år med 165,27 kr. (april 2021). Honoraret reduceres til 156,03 kr. i overenskomstens 2. år. I overenskomstens 3. år reduceres honoraret til almindelig konsultationstakst (ydelse 0101). Såfremt der ikke opnås forbindelse, og parterne derfor vælger at gennemføre konsultationen via telefon, honoreres der svarende til almindelig telefonkonsultation (0201). Videokonsultationen er en grundydelse og er inkluderet i kronikerhonoraret, dvs. en ydelse der registreres, men hvor afregning finder sted via kronikerhonoraret.

Videokonference honoreres efter konferencens varighed i moduler a 10 minutter med et ydelseshonorar på 160,57 kr. pr. modul (april 2021-niveau). Der kan maksimalt honoreres for seks moduler pr. konference.

Såfremt der ikke opnås forbindelse, og én eller flere af aktørerne derfor vælger at overgå til telefon, honoreres der fortsat med 160,57 kr. pr. modul af 10 minutter (april 2021-niveau). Videokonference er ikke inkluderet i kronikerhonoraret.

Der er aftalt følgende tillægsydelser i kombination med videokonsultation:

Tillægsydelse til videokonsultation:

- 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.

Begrænsninger på brug af tillægsydelser i vagttiden er fortsat gældende også for videokonsultation, dvs. 2149 samt ydelse vedr. instruktion og brug af kliniske skemaer.

#### *Tekniske videoløsninger*

Praktiserende læger skal benytte en videoklient der lever op til sikkerhedskravene på sundhedsområdet. Inden for dette vælger lægen selv den konkrete tekniske løsning og der kan være flere tekniske indgange for borgerne. Der følges løbende op på, hvorvidt de tekniske løsninger, der tilbydes i almen praksis, dækker borgernes behov tilstrækkeligt.

RLTN og PLO vil i fællesskab se på løsninger for video til borgere, som ikke har et NemID.

RLTN stiller VDX<sup>11</sup> til rådighed for de praktiserende læger.

#### *Videoløsninger i Lægevagten*

Der indføres i alle vagtbærende regioner videoløsninger i Lægevagten som et redskab til at minimere vagtbelastningen og øge borgernes adgang til Lægevagten. I forbindelse med indførelsen skal det sikres, at løsningerne lever op til sikkerhedskravene på sundhedsområdet.

Honorarer for videokonsultation i vagttid honoreres i overenskomstens 1. år med 223,70 kr. i A-vagt og 277,72 kr. i B- og C-vagt. Det reduceres i overenskomstens 2. år til 213,61 kr. i A-vagt og 265,20 kr. i B- og C-vagt. I overenskomstens

---

<sup>11</sup> VDX er en tværsektoriel videoinfrastruktur til sundhedsområdet, der ejes af staten, regionerne og kommunerne. VDX er en integreret del af Sundhedsdatanettet (SDN).



3. år svarer honorarer til konsultationshonorar (0101) i vagttid for henholdsvis A-, B- og C-vagt.

#### *Uddannelse*

Der må for praksis, inden videomediet tages i brug, forventes at skulle afsættes ressourcer til oplæring af læger og øvrigt personale, jf. nedenfor.

Der udbydes kurser i brugen af videomediet til både læger og praksispersonale i regi af PLO-Efteruddannelse.

#### *Evaluering af og forskning i videoanvendelsen*

Corona-epidemien har øget anvendelsen af video i hele praksissektoren, samtidigt med at regionerne har bidraget med både teknisk udstyr og installation. Det betyder også et betydeligt større erfaringsgrundlag med brug af video. Erfaringer er dog indsamlet over relativt kort tid – herunder i en helt ekstraordinær situation – og det er derfor væsentligt, at parterne løbende følger anvendelsen samt evt. sætter ind med relevante tiltag for at øge anvendelsen af videoløsninger i almen praksis.

For at øge viden om videoanvendelse i almen praksis har Fonden for Almen praksis, i foråret 2020, bevilliget 3 mio. kr. til et forskningsprojekt ved de almen medicinske forskningsenheder. Projektet fokuserer på relationelle, kliniske, organisatoriske og etiske aspekter ved videokonsultationer.

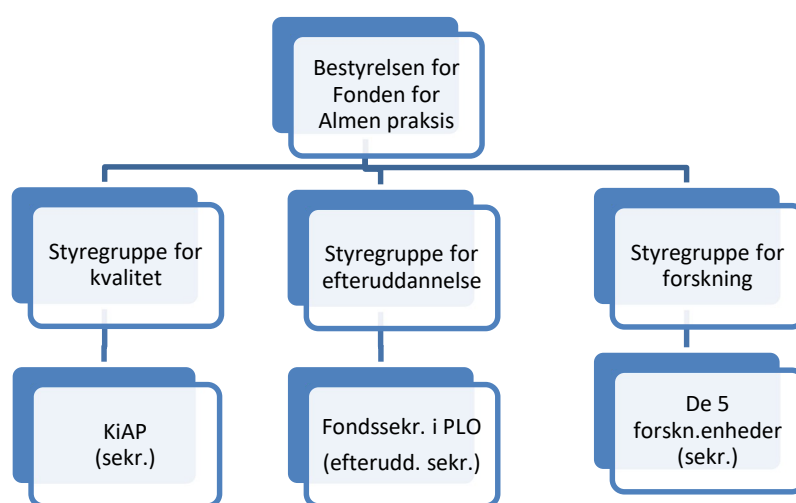
Herudover er parterne enige om at gennemføre supplerende evalueringer af brugen af videokonsultationer og -konferencer i almen praksis. Dette sker for bl.a. at kunne vurdere de sundhedsfaglige og økonomiske effekter (fx it-omkostninger) eller nye aspekter, som måtte opstå undervejs i overenskomstperioden.

Fonden for Almen praksis har derfor afsat midler til evaluering i overenskomstperioden. Midlerne anvendes bl.a. til konsulentbistand og honorering af deltagende klinikker. Der forventes samlet op på erfaringerne ca. én gang årligt, i alt tre gange i overenskomstperioden. Der evalueres første gang medio 2022.

## Bilag 5 Organisering af Fonden for Almen Praksis og rammer for Kvalitetsprogrammet for almen praksis

### 1.0 Organiseringen under Fonden for almen praksis

Parterne er enige om at ændre strukturen i Fonden for almen praksis på følgende måde:



Figur 1. Oversigt over organiseringen under Fondsbestyrelsen

Der etableres tre styregrupper: én for kvalitet, én for efteruddannelse og én for forskningsområdet således, at der er en vis lighed i den politiske ledelse af de tre områder under Fonden. For alle tre områder gælder, at fondsbestyrelsen er ansvarlig for den overordnede faglige udvikling inden for kvalitet, efteruddannelse og forskning. De tre styregrupper står for den praktiske udmøntning og implementering af konkrete indsatser, besluttet i fondsbestyrelsen.

### **1.1 Fondsbestyrelsens opgaver:**

- At udstikke de overordnede rammer for indsatsen med kvalitet, efteruddannelse og forskning i almen praksis, herunder organisering, finansiering og sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen
- at drøfte og beslutte politiske og strategiske – herunder fx specifikke tematiske - indsatser indenfor kvalitet, efteruddannelse og forskning samt hvordan der skabes yderligere synergi mellem områderne
- At være opdragsgiver – beskrive og beslutte rammer og proces - for det fælles arbejde med at identificere indikatorer/målepunkter, som bedre belyser kvaliteten i almen praksis og udviklingen heraf samt efterfølgende drøfte og godkende disse.
- At følge og drøfte den løbende udvikling i forhold til opgaverne knyttet til de nationale kliniske kvalitetsdatabaser, der er relevante for almen praksis, herunder at skabe overblik over de forskellige datakilder og sikre bedst mulig sammenhæng i indsatserne
- At opstille rammer for det videre arbejde med kvalitetsudvikling baseret på data og sikre sammenhæng til såvel det konkrete patientnære, såvel som det sektorspecifikke kvalitetsarbejde
- At godkende budget og regnskab for fonden
- At godkende kommissorium for styregrupperne for Kvalitet, Efteruddannelse samt Forskning.
- At sikre udvikling af klyngearbejdet, herunder samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i regioner og kommuner

Fondsbestyrelsen sekretariatsbetjenes af parterne, som forbereder og koordinerer sager til drøftelse i fondsbestyrelsen.

Fondsbestyrelsen består af fire repræsentanter fra hver part.

### **1.2 Styregruppernes opgaver:**

- At sikre praktisk og konkret implementering af fondsbestyrelsens strategiske beslutninger om indsatser indenfor henholdsvis kvalitet, efteruddannelse og forskning
- At forholde sig til konkrete driftsmæssige, budgetmæssige og tekniske forhold, som opstår i det løbende arbejde på hvert af områderne

- At formidle og synliggøre parternes fælles arbejde indenfor kvalitet, forskning og efteruddannelse
- At bidrage med den faglige viden, som styregruppernes medlemmer besidder inden for de respektive områder ifm. styregruppernes arbejde
- At pege på den relevante faglige viden og kompetence, som styregruppens medlemmer er bekendte med og som kan inddrages i den praktiske realisering af fondens beslutninger.

Styregrupperne afholder 3-4 møder årligt.

**Styregruppe for kvalitet** bemannes af 4 repræsentanter udpeget af RLTN og 4 udpeget af PLO. Parterne udpeger i fællesskab en formand for styregruppen blandt styregruppens medlemmer. Hvis parterne ikke opnår enighed om formandskabet, deles dette mellem parterne.

**Styregruppe for efteruddannelse** bemannes af 3 repræsentanter udpeget af RLTN og 3 udpeget af PLO. PLO udpeger formand blandt styregruppens medlemmer.

**Styregruppe for forskning** bemannes af 3 repræsentanter udpeget af RLTN og 3 udpeget af PLO. Danske Regioner udpeger formand blandt styregruppens medlemmer.

**1.3 Sekretariaternes opgaver** (KiAP, Efteruddannelsessekretariat i PLO og forskningssenhederne):

- At servicere de pågældende styregrupper med mødemateriale og løbende status på indsatsen
- At understøtte arbejdet med kvalitet i klyngerne og lægers efteruddannelse
- At understøtte arbejdet med at fremme udvikling af og kendskab til klinisk forskning
- Udarbejde oplæg til drøftelse i styregrupperne om formidling af viden, data og resultater på hver af de tre områder til deltagende læger, samarbejdspartnere og andre interesserede.

## 2. Kvalitetsorganisationen

### 2.1 KiAP's fremtidige hovedopgaver

#### 1. At understøtte arbejdet i klyngerne.

- At udarbejde og udvikle klyngepakker til brug for klyngearbejdet bl.a. med afsæt i fondsbestyrelsens beslutninger om tematiske indsatser.
- At sikre almen medicinsk fagligt indhold i klyngepakkerne ved løbende at inddrage relevant lægefaglig kompetence og viden inden for de pågældende temaer.
- At bidrage til udvikling og udbredelse af lokale klyngepakker og datavisning i regioner, på sygehuse og i kommuner.
- At medvirke til og skabe overblik over både nationale og regionale tilbud om efteruddannelse og netværksmøder for klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer
- At tilvejebringe løsninger, der kan understøtte klyngerne i formelle og administrative forhold (aktivitetsrapporter, regnskaber, indberetninger, juridiske forhold etc.)
- At indgå i planlægning og afvikling af de regionale erfarings- og netværksmøder for klyngekoordinatorer

#### 2. At have overblik over og understøtte arbejdet med at fastlægge og udvikle nationale kvalitetsdata, der beskriver kvaliteten i almen praksis og udviklingen heraf.

- At bidrage til udviklingen af relevante nationale kvalitetsindikatorer og datasæt, der beskriver kvaliteten i almen praksis.
- At udforme og offentliggøre præsentationer af disse kvalitetsdata på aggregeret niveau.
- At være indgang for relevante aktører i forbindelse med arbejdet i klyngerne og på nationalt niveau. fx i samarbejde omkring eksisterende databaser (fx RKKP, LPR, Ordiprax, henvisningsdatabaser), men også fremtidige muligheder med data fra klinikkernes systemhuse og data, der går på tværs af sektorerne (patientcockpit/sektoerplatform)
- At facilitere samarbejdet med relevante parter for at definere datasæt, som opfylder de kvalitetsmål, som parterne er enige om.

- Yde teknisk bistand til klinikkernes opgave med dataindberetning, herunder RKKP
- Understøtte implementering og vedligeholdelse af de digitale forløbsplaner

De nationale klyngepakker skal med tiden sikre et stærkt fagligt fundament for den almen medicinske funktion i det nære sundhedsvæsen. Der afsættes midler til løbende inddragelse af lægefaglig ekspertise og konsulentbistand til kvalificering af de faglige temaer i klyngepakkerne

Det er parternes ambition, at KiAP i forlængelse heraf med tiden skal opbygge en specifik almen medicinsk faglighed, der både nationalt og internationalt skal tegne kvalitetsudviklingen i almen praksis i Danmark indenfor partssamarbejdet.

For at understøtte dette, er parterne enige om, at KiAP skal oprette en stilling som lægefaglig leder. Den lægefaglige leder skal referere til chefen for KiAP. Det ledelsesmæssige ansvar for KiAP-sekretariatet henlægges til Fondsbestyrelsen, som uddelegerer den løbende ledelse til PLO og Danske Regioner i fællesskab. Den daglige ledelse af KiAP-sekretariatet varetages af chefen for KiAP.

## **2.2 Kvalitetsarbejde i regionerne**

§ 104 i den gældende overenskomst om "De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg" ændres i overensstemmelse med nedenstående tekst:

Regionerne har fortsat ansvaret for at udvikle og sikre tilbud til kvalitets- og efteruddannelsesindsatsen. Den regionale indsats sker med afsæt i en regional organisering af kvalitetsarbejdet.

Midlerne afsat til den regionale opgavevaretagelse prioriteres og udmøntes af regionerne i dialog med de praktiserende læger i regionen. Uforbrugte KEU-midler fra tidligere overenskomster kan parterne i fællesskab udmønte indtil ophør af midler.

Den fælles partsaftalte indsats omkring kvalitet og efteruddannelse i almen praksis sker med afsæt i en ny og enkel organisering af KEU. I KEU-udvalgene varetages dialog og samarbejde om kvalitetsarbejdet i klynger, efteruddannelsesinitiativ for lægerne- og forskningsaktiviteter i regionen.

### 2.3 KEU-udvalg

KEU-udvalgene består af 3 repræsentanter fra hver part og der sigtes efter afholdelse af 4 KEU-møder årligt.

KEU-udvalget har 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.

### 2.4 Regionale kvalitetsopgaver:

De regionale kvalitetsenheder skal overfor de enkelte praksis i regionen vejlede og øge kendskabet til nationale IT- og kvalitetsløsninger, herunder eksempelvis forløbsplaner, RKKP-indberetninger, ordiprax+ mv. samt understøtte implementeringsindsatser og generel kvalitetsudvikling i de enkelte klinikker. Kvalitetsopgaverne indebærer bl.a. følgende:

- Tilbyde IT- og datarådgivning, herunder konsulentbistand
- Tilbyde lægemiddelrådgivning, dataudtræk og konsulentbistand
- Tilbyde organisations- og ledelsesudvikling til de enkelte klinikker jf. forhandlingsaftalens afsnit om lægedækning
- Understøtte og tilbyde muligheder for klinisk forskning med inddragelse af de regionale forskningsenheder (formidle viden om forskningsprojekter mv.)
- Understøtte de enkelte klynger med tilbud om regionale kvalitetsdata og tilhørende klyngepakker baseret på den fælles skabelon udarbejdet af KiAP.
- Understøtte den enkelte kliniks deltagelse i klyngearbejdet med eksempelvis datatræk og efterfølgende implementering af kvalitetstiltag
- Tilbud om bistand til den enkelte klyngekoordinator om facilitering af klyngeomøder og mentorhjælp/sparring om klyngearbejdet

- Tilbyde 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 udenfor klynger
- Afholdelse af store praksisdage, faglige temamøder mv.

Parterne er enige om løbende at følge, at de styrkede regionale kvalitetsenheder leverer den aftalte bistand til de praktiserende læger indenfor de forskellige områder. Konkret vil den enkelte region en gang årligt skriftligt redegøre for status på aktiviteterne i den regionale kvalitetsenhed i regi af KEU. Parterne drøfter derudover redegørelsen for status på kvalitetsaktiviteterne for almen praksis i Samarbejdsudvalgene.

### **2.5 De formelle rammer for klyngerne – aktivitetsrapport, klyngeregnskab, indberetning af honorarer mv.**

De formelle rammer er beskrevet i forhandlingsaftalen til OK18.

På linje med forsknings- og efteruddannelsesområdet ønsker parterne i fællesskab at have adgang til strukturerede oplysninger om aktiviteten i klyngerne. I praksis sker det ved at den enkelte klynge udarbejder en kort aktivitetsrapport ud fra en skabelon. I aktivitetsrapporten beskrives klyngeaktiviteten kvantitativt og fordelt på emner. Særlige projekter kan beskrives separat.

Skabelonen til aktivitetsrapporten udarbejdes af KiAP og godkendes af styregruppe og Fondsbestyrelse. Aktivitetsrapporterne indsendes til KiAP. Med afsæt i disse aktivitetsrapporter kan KiAP, til brug for overenskomstens parter, udarbejde årlige statusrapporter for arbejdet i klyngerne på linje med årsrapporter fra PLO-E og forskningsenhederne. I aktivitetsrapporten skal klyngerne indsætte oplysninger om formue primo og ultimo.

Klyngerne er forpligtede til årligt lave et klyngeregnskab. KiAP udarbejder til brug for fondsbestyrelsen en oversigt over økonomien for klyngerne samlet set med henblik på opsparede midler og forbrug.

Parterne har endvidere drøftet, hvordan man kan løfte de formelle krav om indberetninger til Skat af udbetalte honorarer og sikre, at klyngernes brug af midler lever op til lovgivningsmæssige krav om bogføring og årsregnskab. Parterne er



enige om at gå videre med at afdække mulighederne for at indgå en central aftale med en ekstern aktør (revisionsfirma) om en fælles national løsning. KiAP vil sammen med Danske Regioner og PLO udarbejde forslag hertil, som Fondens bestyrelse skal tage stilling til.

### **3.0 Efteruddannelse**

Parterne har et fælles ønske om at understøtte efteruddannelses tilbud for almen praksis, der kan sikre, at alle praktiserende læger vedligeholder deres kompetencer. Efteruddannelsen af de praktiserende læger indeholder såvel en obligatorisk systematisk efteruddannelse, som en selvvalgt individuel efteruddannelse, herunder en regionalt forankret gruppebaseret efteruddannelse.

Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for de tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter til læger og praksispersonale. Parterne udpeger en Styregruppe for Efteruddannelse, hvortil der knyttes et antal lægefaglige konsulenter.

Den partssammensatte Styregruppe for Efteruddannelse skal på baggrund af Fondsbestyrelsens strategiske og overordnede beslutninger løse følgende opgaver:

- Løbende at indstille temaer for den systematiske efteruddannelse, og temaer for tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonalet
- Følge op på den selvvalgte, gruppebaserede og systematiske efteruddannelse gennem evaluering
- Løbende have adgang til informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, kursusbeskrivelser og andre efteruddannelsesaktiviteter
- Fastsætte kriterier for godkendelse af aktiviteter, der kan modtage tilskud.
- Løbende have indsigt i hvilke efteruddannelsesaktiviteter, der er godkendt, samt tage stilling til konkrete sager man ønsker at drøfte.
- Kunne tage stilling til om konkrete kurser forsat kan godkendes.
- Behandle ankesager fra ansøgere, der har fået afslag fra de lægefaglige konsulenter i sekretariatet.
- Understøtte DGE-ordningen, og sikre en koordinering på tværs af regionerne.

(jf. Protokollat for efteruddannelse)

#### **4.0 Forskningsområdet**

Ved seneste overenskomst blev parterne enige om, at forskningsområdet og sammenhængen til fondens øvrige aktiviteter skulle styrkes. Dette har haft en positiv effekt og sigtet er med denne aftale at fortsat at styrke synergien mellem kvalitet, forskning og efteruddannelse. Forskning skal være klinisk relevant for den enkelte læge og forankret i praksis. Denne indsats styrkes konkret ved ændret organisering under Fonden for Almen Praksis, som bidrager til en øget koordinering mellem områderne. Fokus i indsatsen skal fortsat være praksisforankret forskning til gavn for patienter, sundhedsprofessionelle og det tværsektorielle samarbejde.

Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for forskningsområdet samt for at sikre sammenhæng mellem efteruddannelse og kvalitetsområdet. Der nedsættes i regi af fonden en styregruppe for forskning. Styregruppe for forskning bemannes af 3 repræsentanter udpeget af RLTN og 3 udpeget af PLO. Danske Regioner udpeger formand blandt styregruppens medlemmer. Forskningsenhederne for Almen Praksis refererer til styregruppen – herunder varetager sekretariatsbetjening.

Styregruppen har blandt andet til formål at følge og understøtte forskningsenhedernes arbejde i forbindelse med forskningsprojekter og samarbejde med øvrige aktører – herunder sikre, at relevant viden fra forskningsindsatsen bringes videre i bestyrelsen med henblik på at sikre sammenhæng til øvrige områder under fondens ansvar. Endvidere er det styregruppens opgave at følge op på forskningsprojekter, som tildeles midler fra fonden.

Styregruppen er ligeledes styregruppe for de i regi af overenskomst igangsatte forskningsprojekter herunder opbygning af nye forskningsenheder.

#### **5.0. Økonomi og finansiering af kvalitets- og efteruddannelsesområdet**

Med OK18-aftalen blev en del af midlerne til det regionale kvalitets- og efteruddannelsesarbejde omfordelt, så klyngerne i takt med etableringen modtog en del af de afsatte KEU-midler og KEU-indsatsen til den øvrige regionale kvalitetsindsats blev mindsket tilsvarende. Parallelt hermed blev afsat midler til øremærkede formål i den regionale kvalitetsindsats og regionerne har herudover – på forskellig vis - tilført midler til særlige initiativer.

Ud fra ønsket om at skabe en mere ensartet organisering og gennemskuelig finansiering af den decentrale kvalitets- og efteruddannelsesindsats, er der aftalt følgende overordnede tildeling af midler til kvalitets- og efteruddannelsesarbejdet.

Ovenstående medfører følgende ændringer i tildeling af midler beskrevet i overenskomsten:

*Tabel Tildelinger på kvalitetsområdet iht. Overenskomstens § 106 (kr. pr. sikret) (apr. 21-niveau)*

	OK-år 1	OK-år 2	OK-år 3
DGE-midler *	1,48	1,48	1,48
Regional kvalitetsudvikling **	4,73	5,28	5,27
Den Danske Kvalitetsmodel ***	-	-	-
Kvalitetsudvikling i klynger ****	1,10	2,20	3,30

\*Uændret

\*\*Omfatter flere regionale opgaver vedr. lægedækning og kvalitet (15,4 stigende til 18,7 mio. kr.)

\*\*\*Udgår ved ikrafttrædelse af den nye overenskomst.

\*\*\*\*Reduktion i klyngeindbetalingerne (hhv. 75 %, 50 %, 25 %)

Midler afsat til understøttelse af kvalitetsudvikling i almen praksis dækker også læger, der står uden for klyngesamarbejdet, jf. § 93, stk. 2.

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.

Som følge heraf konsekvensrettet nuværende § 106 til følgende:

## **§ 106 MIDLER TIL UNDERSTØTTELSE AF KVALITETSUDVIKLING OG EFTERUDDANNELSE**

### *Stk. 1*

Regionerne afsætter en pulje på 7,31 kr. i år 1, 8,97 kr. i år 2 og 10,05 kr. i år 3 (apr. 21-niveau) pr. patient til lokal, regional anvendelse og udmøntning til kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

Regionerne afsætter nedenstående beløb pr. patient til lokal, regional anvendelse og udmøntning til kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

- a) 1,48 kr. pr. patient til den decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE). Midlerne afsættes til løn til vejledere inkl. koordinatortillæg, gruppelederaktiviteter samt udgifter til administration, kontorhold mv.
- b) 4,73 kr. (år 1), 5,28 kr. (år 2) samt 5,27 kr. (år 3) pr. patient til regional kvalitetsudvikling i almen praksis. Midlerne er bundet til af-talte regionale opgaver såsom klyngeunderstøtning, dataleverancer, konsulentbistand, lægemiddelrådgivning, Store praksisdage mv.
- c) 1,10 kr. (år 1), 2,20 kr. (år 2) samt 3,30 kr. (år 3) pr. patient til kvalitetsudvikling for lægeklinikker i klynger. Klyngerne tildeles et årligt klyngebudget beregnet på baggrund af antallet af tilmeldte patienter i de lægeklinikker, der indgår i klyngen pr. 01-02. Klyngekoordinatoren giver meddelelse til regionen om klyngens deltagende lægeklinikker forud for udbetaling af klyngemidler samt for korrespondance om ændringer i klyngesammensætningen i øvrigt.

**Stk. 2.**

**Midler der ikke udmøntes til lægeklinikker i klynger efter litra c, anvendes til regional kvalitetsudvikling i almen praksis efter litra b.**

**Stk. 3.**

Beløbene i stk. 1 er angivet i apr. 2021-niveau og reguleres i takt med udviklingen i honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år.

**Stk. 4.**

Midlerne efter stk. 1 er til rådighed i regionerne pr. 01-02.

**NY § 93, stk. 2 (læger udenfor klynger, som i OK-18 var omfattet af en mulig akkreditering):**

De praktiserende læger, der står uden for klyngesamarbejdet, er forpligtede til at modtage et årligt kvalitetsbesøg, jf. partsaftale om opfølgning på læge uden for klynger. Kvalitetsbesøget træder i stedet for deltagelse i klyngearbejde og foregår i dialog og samarbejde med de regionale kvalitetskonsulenter.

*Patientoplevet 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.

Arbejdet og resultaterne indgår som en del af grundlaget for kvalitetsudviklingen i Almen Praksis. Parterne nedsatte ved indgåelse af seneste overenskomst en arbejdsgruppe, som fik til opgave at komme med et oplæg til et nyt digitalt koncept og et nyt forenklet spørgeskema for patientoplevet kvalitet i almen praksis, som fondsbestyrelsen godkender.

Der er mellem parterne enighed om, at patienttilfredshedsundersøgelsen, skal leve op til tre overordnede formål:

- Patienttilfredshedsundersøgelsen skal have almen sundhedspolitisk værdi – tilfredshed med behandling, ventetid, tilgængelighed, service i klinikken mv.
- Patienttilfredshedsundersøgelsen skal kunne anvendes som input til konkrete kvalitetsforbedringer i klinikken af den praktiserende læge
- Patienttilfredshedsundersøgelsen skal levere data, som klyngerne kan vælge at anvende i arbejdet med kvalitetsforbedringer.

Der blev ved forrige overenskomst afsat 1 mio. kroner til arbejdet med en ny spørgeramme, udarbejdelse af spørgsmål, pilottest samt eventuelle tekniske forhold. Udgifter forbundet med at opsamle besvarelser og udarbejde rapporter dækkes som hidtil af midlerne afsat til DAK-E (nu KiAP) under Program for kvalitetsudvikling i almen praksis.

Parterne er enige om, at KiAP kan udarbejde en rapport om undersøgelsens resultater til parterne i Fonden for Almen Praksis.

Ændringer i overenskomsttekst vedr. patientoplevet kvalitet:

#### **§ 94 PATIENTOPLEVET KVALITET I ALMEN PRAKSIS**

##### **Stk. 1**

*De praktiserende læger er forpligtede til mindst hvert tredje år at medvirke i en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i Almen Praksis samt at offentliggøre resultatet af undersøgelsen på praksis hjemmeside. Arbejdet indgår som en del af grundlaget for kvalitetsudviklingen i Almen Praksis. **Resultaterne kan anvendes af både den enkelte praksis og i klyngearbejdet som input til kvalitetsarbejdet.***

##### **Stk. 2**

*Undersøgelserne gennemføres som udgangspunkt ved brug af patienternes e-boks, idet der dog udsendes et spørgeskema med brevpost til et repræsentativt udsnit af de patienter i en praksis, som er fritaget fra Digital Post.*

##### **Stk. 3**

**KiAP er ansvarlig for, at resultatet af undersøgelserne gøres tilgængelige for de enkelte klinikker og klynger i form af en rapport, hvor resultaterne sammenlignes med regions- og landsniveau. KiAP videreformidler resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelserne til regionerne og overenskomstens parter med henblik på udvikling af kvaliteten i almen praksis.**

## Bilag 6 Funktioner vedr. kvalitet, efteruddannelse og lægedækning

De regionale kvalitetsorganisationer er forpligtet til at tilbyde følgende:

I forhold til kvalitet (fra forhandlingsbilag):

- Tilbyde IT- og datarådgivning, herunder konsulentbistand til almen praksis
- Tilbyde lægemiddelrådgivning, dataudtræk og konsulentbistand til almen praksis
- Tilbyde organisations- og ledelsesudvikling til de enkelte klinikker
- Tilbyde bistand til den enkelte klyngekoordinator om facilitering af klyngeomøder og mentorhjælp/sparring om klyngearbejdet
- Tilbyde de enkelte klynger at trække data til klyngearbejdet
- Tilbyde regionalt udarbejdede klyngepakker baseret på den fælles skabelon udarbejdet af KiAP.
- Understøtte og tilbyde muligheder for klinisk forskning med inddragelse af de regionale forskningsenheder (formidle viden om forskningsprojekter mv.)
- Tilbyde 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 udenfor klynger
- Afholdelse af store praksisdage, faglige temamøder mv.

I forhold til organisationsudvikling og lægelig ledelse i almen praksis (forhandlingsbilag vedr. lægedækning):

- Tilbyde ledelsessparring til enkelt læger og læger i kompagniskabspraksis og lignende
- Tilbyde konsulentstøtte til styrkelse af teamsamarbejde, herunder muligheder for uddelegering af opgaver fra læger til praksispersonale.
- Tilbyde konsulentstøtte i forbindelse med opstart af egen praksis
- Tilbyde konsulentstøtte i forbindelse med generationsskifte
- Tilbyde konsulentstøtte til konflikthåndtering eller lignende akutte behov for støtte.
- Tilbyde videndeling med andre regioner og PLO Efteruddannelse om organisations- og ledelsesstøtte.

- (Ansætte regionale organisations- og ledelseskonsulenter, som har en baggrund som praktiserende læger, eller lignende med et solidt indblik i almen praksis)

#### I forhold til efteruddannelse

- Tilbyde praktiserende læger støtte og hjælp til etablering af DGE-grupper, herunder hjælp til den enkelte i forhold til at indgå i eksisterende grupper.
- Tilbyde nynedsatte læger en særlig støtte til at indgå i DGE-ordningen.
- Tilbyde efteruddannelse og støtte til de regionale efteruddannelsesvejledere for at sikre at de kan yde kompetent støtte til DGE-grupperne, herunder særligt gruppelederne.
- Tilbyde registrering af DGE-grupper regionalt, herunder DGE-grupper der er etableret som supervisionsgrupper og lignende.
- Tilbyde udbetaling af midler til godkendte DGE-grupper, herunder supervisionsgrupper og lignende.
- (Ansætte regionale efteruddannelsesvejledere, heriblandt en regional efteruddannelseskoordinator. Antallet af vejledere skal ske i forhold til antallet af grp. 1 sikrede i regionen. Efteruddannelsesvejlederne skal være selvstændigt praktiserende læger.)

Parterne er enige om løbende at følge, at de styrkede regionale kvalitetsenheder leverer den aftalte bistand til de praktiserende læger indenfor de forskellige områder. Konkret vil den enkelte region en gang årligt redegøre for aktiviteterne i den regionale kvalitetsenhed.



## **Bilag 7 Protokollat om tilskudsberettiget efteruddannelse**

### **1. Indledning**

Parterne har et fælles ønske om at understøtte et efteruddannelsesstilbud for almen praksis, der kan sikre, at alle praktiserende læger vedligeholder deres kompetencer. Efteruddannelsen af de praktiserende læger indeholder såvel en obligatorisk systematisk efteruddannelse, som en selvvalgt individuel efteruddannelse, herunder en regionalt forankret gruppebaseret efteruddannelse. Understøttelsen skal blandt andet ske gennem en mulighed for økonomisk tilskud til deltagelse i efteruddannelse.

Den systematiske efteruddannelse skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret og kontinuerligt efteruddannelsesforløb, inden for aftalte temaer, med fokus på evidensbaseret medicin og relevans for patienter og samfund.

Temaerne i den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis og skal som udgangspunkt ligge inden for målbeskrivelsen for almen medicin. Temaerne i den systematiske efteruddannelse skal have en sådan karakter, at de generelt har en høj relevans for alle læger.

Parterne er desuden enige om at understøtte efteruddannelsen af praksispersonale indenfor temaer som parterne finder relevante i forhold til behovet og udviklingen i almen praksis. Det skal tilstræbes, at temaerne for den tilskudsberettigede efteruddannelse til praksispersonale understøtter temaerne for den systematiske efteruddannelse for de praktiserende læger.

### **2. Organisering**

Den tilskudsberettigede efteruddannelse er organiseret under Fonden for Almen Praksis.

Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for de tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter til læger og praksispersonale. Bestyrelsen udpeger en Styregruppe for Efteruddannelse, hvortil der knyttes et antal lægefaglige konsulenter. Styregruppe for Efteruddannelse bemannes af 3 repræsentanter udpeget af RLTN og 3 udpeget af PLO. PLO udpeger formand blandt styregruppens medlemmer. Styregruppen nedsætter en koordinationsgruppe for efteruddannelse. PLO varetager sekretariatsbetjeningen af Styregruppen for Efteruddan-

nelse, Koordinationsgruppen og de lægefaglige konsulenter. Derudover har sekretariatet ansvaret for at løse de administrative opgaver, der er i forbindelse med godkendelse og refusion ved deltagelse i efteruddannelse.

### **2.1. Fondsbestyrelsens opgaver i relation til efteruddannelse**

Den partssammensatte bestyrelse i Fonden for Almen Praksis har beslutningskompetence i forhold til alle væsentlige spørgsmål om den tilskudsberettigede efteruddannelse. Således skal fondsbestyrelsen:

- Drøfte og beslutte, hvilken strategisk og overordnet retning den tilskudsberettigede efteruddannelse skal bevæge sig i.
- Drøfte og beslutte, hvordan der sikres en sammenhæng mellem kvalitet, forskning og efteruddannelse.
- Godkende budget og regnskab for sekretariatetsbetjeningen i PLO.
- Drøfte og beslutte ændringer i refusionstaksterne og de årlige tildelinger for den tilskudsberettigede efteruddannelse, efter indstilling fra Styregruppen for Efteruddannelse.
- Godkende temaer for den systematiske efteruddannelse for de praktiserende læger, samt temaer for praksispersonalets tilskudsberettigede efteruddannelse, efter indstilling fra Styregruppen for Efteruddannelse.

### **2.2. Opgaver i Styregruppen for Efteruddannelse**

Den partssammensatte Styregruppe for Efteruddannelse skal på baggrund af fondsbestyrelsens strategiske og overordnede beslutninger løse følgende opgaver:

- Løbende indstille temaer for den systematiske efteruddannelse, og temaer for tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonalet, som er målrettet udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis og det kompetencebehov, der følger hermed. Inden den politiske godkendelse udarbejdes et forslag til temaer fra efteruddannelsessekretariatet i PLO.
- Følge op på den selvvalgte, gruppebaserede og systematiske efteruddannelse gennem evaluering, der bl.a. skal have fokus på graden af deltagelse fra praktiserende læger og praksispersonale i forhold til anvendeligheden af efteruddannelsesaktiviteterne.
- Løbende have adgang til informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, kursusbeskrivelser og andre efteruddannelsesaktiviteter, under den tilskudsberettigede efteruddannelse, som efteruddannelsessekretariatet er i besiddelse af.

- Fastsætte kriterier for godkendelse af aktiviteter, der kan modtage tilskud.
- Løbende have indsigt i hvilke efteruddannelsesaktiviteter, der er godkendt, samt tage stilling til konkrete sager man ønsker at drøfte. Styregruppen kan således til enhver tid tage sager op af egen drift.
- Kunne tage stilling til om konkrete kurser forsat kan godkendes.
- Behandle ankesager fra ansøgere, der har fået afslag fra de lægefaglige konsulenter i sekretariatet.
- Understøtte DGE-ordningen, og sikre en koordinering på tværs af regionerne.

### **2.3. Opgaver i Koordinationsgruppen for Efteruddannelse**

Koordinationsgruppen for Efteruddannelse har til opgave at sikre en national og regional koordinering af den tilskudsberettigede efteruddannelse. Kommissorium for koordinationsgruppen godkendes af Styregruppen for Efteruddannelse. Koordinationsgruppen sekretariatsbetjenes af efteruddannelsessekretariatet i PLO.

Koordinationsgruppen nedsættes af Styregruppen for Efteruddannelse. Koordinationsgruppens medlemmer består af de fem regionale DGE-koordinatorer og den nationale DGE-koordinator, samt 5 repræsentanter udpeget af regionerne samt relevante personer fra de regionale kvalitetsenheder. Derudover deltager en repræsentant fra hver af sekretariaterne i PLO-E og Danske Regioner.

### **2.4. Sekretariatsfunktion i relation til efteruddannelse**

Sekretariatsfunktionen i PLO har ansvaret for at sekretariatsbetjene såvel Styregruppen for Efteruddannelse, Koordinationsgruppen for Efteruddannelse, DGE-ordningen såvel som de konsulenter, der varetager opgaver i forbindelse med godkendelse og udvikling af den systematiske og gruppebaserede efteruddannelse. Sekretariatsfunktionen varetager desuden driftsmæssige opgaver som udbetaling af refusion og løbende godkendelse af efteruddannelsesaktiviteter. Derudover bistår sekretariatsfunktionen sekretariatskoordinationsgruppen i spørgsmål og opgaver vedrørende efteruddannelse. Sekretariatet i PLO skal således:

- Indkalde til møder i Styregruppen for Efteruddannelse.
- Indkalde til møder i Koordinationsgruppen for Efteruddannelse.
- Registrere tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter.
- Modtage ansøgninger om tilskud til efteruddannelse

- Videre sende ansøgninger til konsulenter og eventuelt Styregruppen for Efteruddannelse.
- Give besked til ansøgere om afgørelser.
- Foretage udbetaling af tilskud.
- Foretage stikprøvekontrol.
- Udarbejde årsrapporter til Styregruppen for Efteruddannelse.
- Udarbejde budget og regnskab til Fondsbestyrelsen i forhold til efteruddannelsessekretariatet, samt ind- og udbetalinger til Fonden for Almen Praksis.
- Foretage løbende evaluering af særligt den systematiske efteruddannelse.
- Bistå sekretariatskoordinationsgruppen i relation til opgaver vedrørende efteruddannelse.
- Løbende have dialog med de enkelte regioner, og sikre en tæt koordinering på tværs af den regionale efteruddannelsesindsats.
- Gennem de regionale efteruddannelseskoordinatorer foretages opfølgning på aktiviteter i DGE-grupperne i forhold til såvel udbetaling af mødegodtgørelser for enkeltlæger
- En gang årligt opdatere en liste over aktive DGE-grupper, der er tilskudsberettigede.

Til sekretariatet i PLO knyttes et antal alment praktiserende læger, som konsulenter, der godkender kurser, der åbenlyst ligger inden for de gældende retningslinjer. Styregruppen for Efteruddannelse orienteres løbende om de godkendelser, der foretages af konsulenterne.

Sekretariatet i PLO skal derudover, gennem et antal lægefaglige konsulenter, sikre udbud af systematisk efteruddannelse samt kurser indenfor de temaer, der er besluttet i forhold til praksispersonalets tilskudsberettigede efteruddannelse. Sekretariatet har derudover til opgave løbende at udvikle efteruddannelsesformater og tilbud, der kan sikre en praksisnær efteruddannelsesaktivitet for alle læger og praksispersonaler. Herunder et tilbud af gruppebaserede moduler til den selvvalgte og systematiske efteruddannelse, samt moduler til klinikker, der blandt andet skal lette implementeringen af kvalitetstiltag.

### **3. Indholdet i den tilskudsberettigede efteruddannelse**

#### **3.1. Systematisk efteruddannelse**

Systematisk efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter inden for en række aftalte og prioriterede temaer, der som udgangspunkt er relevante for alle læger. Temaerne skal afspejle kompetencebehovene i almen praksis i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet og understøtte kvaliteten i patientbehandlingen. Disse kan omfatte såvel aktuelle behov, som behov for løbende vedligeholdelse af almen medicinske kompetencer. En del af den systematiske efteruddannelse kan tage afsæt i nationale indsatsområder, når der findes faglige argumenter herfor eller når en sådan indsats fordrer et fagligt løft i almen praksis.

Det er afgørende, at efteruddannelsesaktiviteterne ligger tydeligt inden for rammerne af både specialet almen medicin, almen praksis' opgaveområde og inden for overenskomstens rammer.

Efteruddannelsessekretariatet i PLO skal i samarbejde med Koordinationsgruppen for Efteruddannelse, sikre, at der udbydes systematisk efteruddannelse, som er udgiftsneutral for deltagerne. For at opnå en fleksibel tilrettelæggelse af den systematiske efteruddannelse kan der tilknyttes aktiviteter med deltagerbetaling.

Der er enighed om, at praktiserende læger ikke behøver at deltage i efteruddannelsesaktiviteter inden for den systematiske efteruddannelse, hvis de har deltaget i aktiviteter med et tilsvarende indhold, som beskrevet i curriculaene for de enkelte temaer, inden for de seneste 2 år. Herunder forskning og praksisnære aktiviteter. Dette gælder ligeledes læger, der har været kursusledere på kurser udbudt som systematisk efteruddannelse.

Styregruppen for Efteruddannelse skal med inddragelse af Koordinationsgruppen for Efteruddannelse sikre, at der er et relevant udbud af efteruddannelsesaktiviteter, der kan dække fagligt og geografisk i forhold til Styregruppens beslutning om valg af temaer. Aktiviteter inden for den systematiske efteruddannelse kan både være eksisterende kurser fra PLO-E, kurser udarbejdet af faglige ressourcepersoner ansat i regionerne eller kurser udbudt af andre aktører f.eks. de faglige selskaber. Derudover kan den systematiske efteruddannelse gennemføres med afsæt i den gruppebaserede efteruddannelse eller andre praksisnære efteruddannelsesaktiviteter. Der kan også være behov for at udvikle nye former for efteruddannelsesaktiviteter.

### **3.2 Selvvalgt efteruddannelse**

Der vil tillige være mulighed for tilskud til individuel selvvalgt efteruddannelse, hvor aktiviteterne også har en væsentlig relevans for almen praksis, men ikke nødvendigvis er relevant for alle læger. Denne efteruddannelse kan gennemføres i form af kurser, deltagelse i den gruppebaserede efteruddannelse (fx som del af den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse) eller lignende aktiviteter (konferencer, e-læring o.lign.), herunder praksisnære aktiviteter.

Op til 25 % af den enkelte læges tildelte beløb kan anvendes til studiematerialer, som f.eks. videnskabelige bøger relateret til almen medicin.

### **3.3 Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE-ordningen)**

En del af den tilskudsberettigede efteruddannelse kan, som nævnt, ske i en regionalt forankret decentral gruppebaseret efteruddannelse, kaldet DGE-ordningen. Den overordnede målsætning for DGE-ordningen er, at alle læger skal sikres efteruddannelses tilbud med direkte relevans for den enkelte læges virke og tilpasset de lokale og regionale forhold. DGE-grupper kan vælge at etablere sig som deciderede efteruddannelsesgrupper, men kan også etableres som supervisionsgrupper eller lignende, som led i et fagligt løft af de deltagende læger.

For at udnytte den regionale viden og erfaring med gruppebaseret efteruddannelse, og øvrige regionale efteruddannelses tiltag, er det afgørende, at der sker en løbende viden- og erfaringsdeling på tværs af regionerne.

Læger der deltager i den gruppebaserede efteruddannelse skal, uanset regionalt tilhørsforhold, have tilbudt de samme økonomiske vilkår. Alle læger, herunder særligt ny-nedsatte læger, skal tilbydes hjælp til at indgå aktivt i den gruppebaserede efteruddannelse. Derudover skal DGE-vejlederne og -koordinatorene støtte og vejlede læger i deres løbende efteruddannelse, herunder særligt deres deltagelse i systematisk efteruddannelse.

### ***Organisering***

#### Nationalt

DGE-ordningen er, som en del af den tilskudsberettigede efteruddannelse, underlagt de overordnede rammer for tilskudsberettiget efteruddannelse som

fastlægges af bestyrelsen i Fonden for Almen Praksis og indenfor rammerne af denne overenskomst.

Styregruppen for Efteruddannelse delegerer den nationale koordinering af grupperne og efteruddannelsesvejledernes aktiviteter, herunder erfaringsudveksling og kurser til efteruddannelsesvejledere mv., til efteruddannelsessekretariatet i PLO. Denne opgave skal dog løses i et samarbejde med de enkelte regioner.

Styregruppen for Efteruddannelse følger løbende de regionale efteruddannelsesinitiativer, herunder særligt aktiviteter der direkte vedrører den gruppebase-rede efteruddannelse.

### Regionalt

DGE-vejlederne er organiseret som en del af regionernes kvalitets- og efteruddannelsesindsats. Vejlederne ansættes af regionerne efter beslutning i et paritetisk sammensat ansættelsesudvalg. Hver region skal tilstræbe som minimum at ansætte 1 vejleder for hver 350.000 gruppe 1-sikrede. Efteruddannelsesvejlederne indgår i en samarbejdende regional vejledergruppe, som ledes af en regional efteruddannelseskoordinator, som selv er vejleder. Efteruddannelseskoordinatoren kan deltage som observatør eller medlem i de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg, hvis udvalget beslutter dette. Efteruddannelseskoordinatoren udpeges af regionen med inddragelse af de regionale vejledere.

Den konkrete tilrettelæggelse af DGE-ordningen varetages af den enkelte region dog indenfor de rammer der er beskrevet i overenskomsten og som løbende besluttet af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis.

Efteruddannelsesvejledere og -koordinatore skal alle være aktive praktiserende læger.

### **Opgaver**

#### *Efteruddannelsessekretariatet i PLO*

Efteruddannelsessekretariatet i PLO har ansvaret for administrationen af DGE-ordningen, herunder supervisionsgrupper, i forhold til registrering af grupper, godkendelse af grupper, samt oprettelse af nye grupper.

Efteruddannelsessekretariatet i PLO har desuden ansvaret for udbetaling af mødegodtgørelse for lægernes deltagelse i grupperne ud af lægernes personlige

konto til dækning af udgifter i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse.

Registrering, godkendelse m.m., samt håndtering af ansøgninger om udbetalinger skal ske gennem efteruddannelsessekretariatets nuværende system for udbetaling af refusionsberettiget efteruddannelse. Godkendelsen af aktiviteter skal dog ske af de regionale efteruddannelseskoordinatorer.

Fondens efteruddannelsessekretariat i PLO skal derudover sikre udvikling og udbud af såvel systematiske som selvvalgte gruppebaserede efteruddannelsesmoduler til alle grupper. Efteruddannelsesmodulerne kan udvikles i samarbejde med de enkelte regioner, og kan også være målrettet supervisionsgrupper.

#### *Regionerne*

Regionerne har ansvar for at midler afsat til DGE-ordningen anvendes i overensstemmelse med formålsbeskrivelsen for den regionalt forankrede efteruddannelse. Herunder udbetaling af tilskud til grupperne. Hver region skal senest i marts måned hvert år, fremsende såvel en økonomi-opgørelse over anvendelse af deres DGE-midler til fondsbestyrelsen, som en aktivitetsoversigt.

Aktivitetsoversigten skal indeholde oplysninger om efteruddannelsesaktiviteter, der er iværksat såvel indenfor DGE-ordningen, som oplysninger om regionale efteruddannelsesinitiativer udenfor den gruppebaserede efteruddannelse.

#### *DGE-koordinatorernes opgaver*

De regionale efteruddannelseskoordinatorer skal medvirke til, at de praktiserende læger får oplysninger om relevant efteruddannelse regionalt såvel som nationalt. Koordinatorerne varetager desuden en rolle i forhold til at understøtte, at de praktiserende læger deltager i systematisk efteruddannelse. Koordinatorerne vil få adgang til oplysninger om læger, der ikke deltager i den systematiske efteruddannelse, når der er behov for opfølgning.

DGE-koordinatorerne er ansvarlige for godkendelse af gruppernes aktiviteter i forhold til såvel individuelt tilskud, som tilskud til hele gruppen. Godkendelsen sker i samarbejde med efteruddannelsessekretariatet i PLO. Endvidere skal koordinatorerne arrangere et årligt vejledertræf for at sikre en videndeling mellem de regionale efteruddannelsesvejledere.



### *DGE-vejledernes opgaver*

- Oplyse om DGE-ordningen.
- Initiere gruppedannelser, godkende, fastholde og udvikle grupperne samt formidle kendskab til regler og økonomi for grupperne.
- Afholde gruppeledermøder med henblik på at stimulere og hjælpe grupperne og gruppelederne.
- Stille faglige og pædagogiske krav til grupperne og gruppelederne.
- Være med til at understøtte gruppernes egne valg af efteruddannelsesemner og -metoder.
- Inddrage de ny nedsatte læger i DGE-ordningen.
- Hjælpe de yngre læger på vej til almen praksis et tilbud om deltagelse i en DGE-gruppe.
- Udvikle og fastholde emnegrupper som et tilbud fra vejlederne.
- Bidrage til at opfylde gruppernes behov for specialiserede tilbud (supervisionsgrupper, emnegrupper, traditionelle grupper o.a.).
- Deltage i vejledertræf og møder, regionalt og på landsplan.
- Planlægge og afvikle egen efteruddannelse som vejledere.
- Medvirke til oplæring af nye efteruddannelsesvejledere.

### *Økonomi*

Midler, der for hver region er afsat til DGE-ordningen skal anvendes til:

- aflønning af efteruddannelsesvejledere
- aflønning af efteruddannelseskoordinatorer
- midler til gruppelederaktiviteter
- regional administration af ordningen
- et fast årligt tilskud til alle godkendte grupper til honorering af oplægsholdere, køb af gruppebaserede koncepter o.lign.

Udover ovennævnte basisfunktioner kan vejledere og koordinatore medvirke til at arrangere lokale temadage, varetage undervisningsopgaver, planlægge anden form for efteruddannelse for de praktiserende læger, arrangere gensidige praksisbesøg o. lign. Varetagelse af disse opgaver forudsætter dog indgåelse af særskilte lokalaftaler (inkl. honorering) mellem den enkelte region og de enkelte efteruddannelsesvejledere.

Koordineringen af det centrale arbejde varetages af efteruddannelsessekretariatet i PLO under medvirken af en alment praktiserende læge, der ansættes som national DGE-koordinator i efteruddannelsessekretariatet i PLO.

### **3.4 Efteruddannelse for praksispersonale**

Praksispersonale kan få refusion/tilskud til efteruddannelse indenfor en række temaer som besluttet af Styregruppen for Efteruddannelse.

Efteruddannelsessekretariatet i PLO skal sikre et tilstrækkeligt og dækkende udbud af tilskudsberettigede kurser til praksispersonale regionalt og nationalt. Udbuddet af efteruddannelse til praksispersonale skal tilstræbes at ske i et samarbejde med de enkelte regioners tilbud til praksispersonale.

## **4. Godkendelser og opfølgning**

### **4.1 Godkendelser af efteruddannelsesaktiviteter**

For at efteruddannelsesaktiviteter kan indgå i den tilskudsberettigede efteruddannelse for læger og praksispersonaler skal de godkendes af Styregruppen for Efteruddannelse. Godkendelse opnås gennem ansøgning sendt til efteruddannelsessekretariatet i PLO. I første omgang vurderes ansøgninger af de lægefaglige konsulenter i sekretariatet. Ved ansøgninger der ikke åbenlyst ligger indenfor godkendelseskriterierne videresendes ansøgningen til behandling i Styregruppen for Efteruddannelse.

### **4.2. Ankemuligheder ved afslag**

Ved afslag på ansøgninger kan udbyder/deltager anke afgørelsen til Styregruppen for Efteruddannelse med et ønske om, at ansøgningen vurderes igen. Afviser styregruppen anken, kan afgørelsen ikke ankes igen. Forinden skal efteruddannelsessekretariatets konsulenter forsøge at rådgive afviste ansøgere om, hvordan de kan opnå en eventuel godkendelse.

### **4.3. Opfølgning**

Fonden for Almen Praksis foretager, gennem Styregruppen for Efteruddannelse, en opfølgning over for læger, der ikke deltager i systematisk efteruddannelse inden for en 2-årig periode. Opfølgningen vil allerede ske, når lægen i et år ikke har deltaget i systematisk efteruddannelse. Denne del af opfølgningen vil ske gennem skriftlig henvendelse til lægen på vegne af parterne med en opfordring om at deltage i systematisk efteruddannelse, og at efteruddannelsen afvikles i det efterfølgende år.

Hvis den skriftlige henvendelse ikke medfører systematisk efteruddannelsesaktivitet, eller en plan om afvikling af systematisk efteruddannelse, skal der ske en

telefonisk/skriftlig henvendelse til lægen et kvart år inden periodens udløb. Opfølgningen foretages af den regionale efteruddannelseskoordinator eller én af de regionale efteruddannelsesvejledere. I denne opfølgning vil lægen få råd og vejledning om, hvilke konkrete muligheder der er for at gennemføre den systematiske efteruddannelse nationalt og regionalt. I forbindelse med opfølgningen lægges en konkret plan for at lægen får gennemført den systematiske efteruddannelse. Herunder aftales en opfølgende samtale mellem efteruddannelseskoordinatoren/-vejlederen og lægen for at sikre planens gennemførelse.

Har lægen ikke deltaget i den systematiske efteruddannelse umiddelbart efter den opfølgende samtale oversendes sagen til Samarbejdsudvalget som drøfter sanktioner og en eventuel videre sendelse af sagen til Landssamarbejdsudvalget.

Parterne drøfter lægernes deltagelse i systematisk efteruddannelse to år efter overenskomstens indgåelse for en drøftelse om eventuelle ændringer i sanktioner, hvis antallet af læger der deltager i den systematiske efteruddannelse samlet set er under 60% af de tilskudsberettigede læger. Eksempelvis om der skal ske begrænsninger i tilskuddet til den enkelte læges selvvalgt efteruddannelse, hvis disse ikke deltager i den systematiske efteruddannelse.

## **5. Registrering, kontrol og adgang til data for tilskudsberettigede kurser**

Alle godkendte efteruddannelsesaktiviteter registreres i en samlet database. Denne database administreres af efteruddannelsessekretariatet i PLO. De regionale efteruddannelseskoordinatorer får af efteruddannelsessekretariatet adgang til oplysninger på individniveau i forhold til lægers manglende deltagelse i den systematiske efteruddannelse. Oplysningerne om aktivitet tilgås de regionale efteruddannelseskoordinatorer kvartalsvis.

### **5.1. Årsrapporter**

Efteruddannelsessekretariatet udarbejder årligt en opgørelse til Fondsbestyrelse og Styregruppen for Efteruddannelse vedrørende såvel systematisk, selvvalgt og gruppebaseret efteruddannelse, som tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonale. I opgørelsen indgår som minimum oplysninger om varighed og fagligt indhold af efteruddannelsesaktiviteterne og samlet aktivitet fordelt på læger/praksistyper. Opgørelsen fremsendes tillige til Koordinationsgruppen for Efteruddannelse til orientering.

## 5.2. Stikprøver

Der foretages løbende en stikprøvekontrol af dokumentation for udgifter til tilskudsberettiget efteruddannelse, dog med undtagelse af den gruppebaserede efteruddannelse, hvor der sker en regional opfølgning. Stikprøvekontrollen gennemføres ved at 10 % af alle udbetalinger udtages til kontrol.

## 6. Indbetalinger til Fonden

Den årlige indbetaling pr. gruppe 1-sikret til efteruddannelse beregnes efter aftalens indgåelse. Udgifter til tilskudsberettiget efteruddannelse til praksispersonale tages fra egenkapitalen. Der forventes et træk på 65% for systematisk efteruddannelse og 75% for den selvvalgte efteruddannelse.

Læger ansat i regionsklinikker og i udbudsklinikker er omfattet af tilskudsberettiget efteruddannelse, så længe de behandler gruppe 1 sikrede patienter. Disse læger kan derfor få tildelt midler til både selvvalgt og systematisk efteruddannelse på lige fod med læger, der er omfattet af overenskomsten.

Ved overenskomstperiodens udløb drøfter og fastlægger parterne fremadrettet indbetalingerne til efteruddannelse, herunder fordelingen mellem selvvalgt og systematisk efteruddannelse, således at indbetalingerne til fonden fremadrettet skal matche forbruget af hhv. systematisk og selvvalgt efteruddannelse.

Fondens bestyrelse kan beslutte at justere refusionstaksterne samt de årlige tildelinger og afsætte yderligere midler til efteruddannelse. En justering af taksterne og forbrug af formuen kræver enighed mellem PLO og RLTN's repræsentanter i bestyrelsen.

Læger tildeles en personlig konto til dækning af udgifter i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse. Grundbeløbet er for den selvvalgte efteruddannelse fastsat til **21.400** kr. årligt pr. læge, mens det for den systematiske efteruddannelse er fastsat til **26.400** kr. årligt pr. læge, svarende til tre dages efteruddannelse. Satser for udbetaling af aktiviteter fra 1. januar 2021:

### Systematisk efteruddannelse:

Efteruddannelseshonorar for en hel kursusdag: **4.500** kr.

Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag: Max **2.800** kr.

Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage: Max **1.500** kr.

Selvvalgt efteruddannelse:

Efteruddannelseshonorar for en hel kursusdag: **4.000** kr.

Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag: Max **2.800** kr.

Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag for praksispersonale: Max **3.100** kr.

Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage: Max **1.500** kr.

DGE-møder på hverdage eller i weekender: **2.000** kr. (min. 2 timer)

Studiemateriale: Max 25% af det tildelte beløb.

Der ydes efteruddannelseshonorar for aktiviteter, der gennemføres på hverdage i tidsrummet 08.00 til 20.00. Efteruddannelsesaktiviteten skal dog som minimum have en varighed på 3 timer for at blive godkendt til en halv dags efteruddannelseshonorar, og minimum 5 timer for at blive godkendt som en hel dags efteruddannelseshonorar. For at aktiviteter kan godkendes til refusion for kursusudgifter skal de have en varighed på min. 2 timer.

Lægen kan udskyde trækket på efteruddannelsesmidlerne i et år således, at en læge, der ikke fuldt ud har brugt beløbet et år, kan bruge et tilsvarende større beløb næste år.

Udover den individuelle tildeling tildeles DGE-grupper, som er godkendt af Efteruddannelses-kordinatorerne, desuden et årligt tilskud på **10.000 kr.** Tildelingene til grupperne kan, som den øvrige tilskudsberettigede efteruddannelse, overføres til det efterfølgende år (2-års-reglen). Ubrugte midler i grupperne tilbageføres ved årsafslutningen med udgangen af hvert år.

Derudover får læger i praksisamanuensisfase II en tildeling til selvvalgt efteruddannelse på 2.000 kr., dækkende en 6 måneders praksisamanuensis-periode. Læger i praksisamanuensisfase III får en tildeling til selvvalgt efteruddannelse på 4.000 kr., dækkende en 12 måneders praksisamanuensis-periode. Der ydes derudover tilskud til kurser indenfor ledelse og organisering af praksis udbudt via PLO Efteruddannelse. Takster for dette fastsættes af fondsbestyrelsen.

## **7. Sekretariatets udgifter**

Efteruddannelsessekretariatet fremsender årligt et budget til bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis til godkendelse af forventede administrationsomkostninger for sekretariatet. Administrationsomkostninger skal dække sekretariatets udgifter til blandt andet:

- Udgifter til registrering af aktiviteter.
- Udgifter til udbetaling af refusioner.
- Udgifter til stikprøvekontrol.
- Udgifter til informationshåndtering overfor Danske Regioner/regionale konsulenter.
- Udgifter til lokaler, HR, kantine m.m.
- Udgifter til løbende udvikling af aktiviteter, herunder til den systematiske og selvvalgte gruppebaserede efteruddannelse.
- Udgifter til IT-support og vedligeholdelse af systemer.
- Udgifter til ledelse af sekretariat i PLO.
- Udgifter til håndtering af meritgodkendelser.
- Udgifter til håndtering af tilmeldinger og fakturering til aktiviteter under systematisk efteruddannelse.
- Udgifter til håndtering af booking og tilrettelæggelse af aktiviteter under systematisk efteruddannelse.
- Udgifter til løn til sagsbehandlere og lægefaglige konsulenter.

**Implementeringsaktiviteter**

Cyber- og informationssikkerheden skal løftes og det nuværende videns- og kompetenceniveau i almen praksis skal udbygges. Eksempelvis med følgende aktiviteter:

*Vedr. GDPR*

- Vedligeholdelse og færdiggørelse GDPR-aktiviteter, der påhviler privatpraktiserende læger som selvstændige erhvervsdrivende, og som hjælper med at efterkomme krav i persondataloven og højne informationssikkerheden, herunder foretager alle klinikker løbende opdateringer af nødvendige skabeloner og dokumenter, herunder bl.a. årlige risikovurderinger baseret på en fælles skabelon, opdaterer 1-2 gange årligt relevante databehandlertaler og privatlivspolitikker, så de løbende holdes ajour med udviklingen på it-området og med de nationale sundheds-it projekter. Derudover gennemføres et årligt tilsyn med relevante databehandlere.

*Vedr. handlingsplanens informationsaktiviteter, klinikrettede*

- Udvikling af formidlingselementer, der kan fastholde og skabe awareness om cyber- og information sikkerhed. Leverancerne kan bl.a. være inspireret af Tekniske minimumskrav for statslige myndigheder (2020), PLOs pjece Informationssikkerhed i din klinik (2017) og vejledninger om gode råd til it-sikkerhed i klinikken fra 2018.
- Udarbejdelse en "værktøjskasse for cyber- og informationssikkerhed" med forslag til konkrete handlingsanvisninger, to-do-lister, e-learning-moduler, fx med test og eksempel kataloger.
- Afholdelse af kurser på Lægedage for læger og klinikansatte.

## Bilag 8 Moderniserings af tutorlægeaftalen

TUTORLÆGEAFTALEN - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER af [1. september 2014].

Alle beløb er angivet i 01-04-2021-niveau. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.

### § 1. Aftale om tutorlæger

Aftalen vedrører alment praktiserende læger, der af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, er godkendt som tutorlæger for læger under uddannelse til speciallæge, og som i en aftale med Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse forpligter sig til at fungere på nedenstående vilkår.

### § 2. Tilladelse til at virke som tutorlæger

#### Stk. 1.

Alment praktiserende læger kan virke som tutorlæger, når Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse har givet tilladelse. Længden af ophold i almen praksis vil svare til de til enhver tid gældende bestemmelser i bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger.

#### Stk. 2.

Hvilken type uddannelseslæge praksis tildeles samt frekvens i uddannelsesforløb, bestemmes af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, tutorlægen og regionen, hvori praksis er beliggende, ud fra det aktuelle behov.

#### Stk. 3.

Der indgås en individuel aftale mellem Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, tutorlægen og den region, hvori tutorlægens praksis er beliggende. PLO og RLTN udarbejder en standard herfor baseret på nærværende aftale. Den individuelle aftale løber indtil den opsiges af enten Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse eller tutorlæge. Der er et gensidigt opsigelsesvarsel på ét år. Opsigelse kan dog i helt ekstraordinære tilfælde ske med et kortere varsel.

#### Stk. 4.

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse tildeler tutorlægen en uddannelsessøgende læge med et halvt års varsel. Varslet kan være kortere, såfremt tutorlægen accepterer det. Rådet skal i forbindelse med tildelingen sikre så stor



en spredning af de uddannelsessøgende læger som muligt i forhold til godkendte tutorlægepraksis.

Stk. 5.

Normalt vil hver tutorlæge have tilknyttet en uddannelseslæge i 6- eller 12-måneders forløb ad gangen.

Der kan i lægedækningstruede områder i samme solopraksis og for hver godkendt tutorlæge i et kompagniskab samtidigt være tilknyttet to uddannelseslæger i 6- eller 12-måneders forløb, under forudsætning af, at det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse efter en individuel vurdering har fundet det fagligt hensigtsmæssigt, blandt andet ud fra en vurdering af antal tilmeldte patienter i praksis, lokaleforhold og adgang til supervision i dagligdagen. I solopraksis, der er etableret som delepraksis, skal begge læger være godkendt som tutorlæge.

### § 3 Finansiering

Stk. 1.

Godkendte tutorlæger er berettiget til tilskud til ansættelse af den uddannelsessøgende læge, som Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse har givet tilladelse til.

Regionen yder tilskud i henhold til det til enhver tid gældende Administrationsgrundlag for udbetaling af tilskud til ansættelse af uddannelsessøgende læger, som er aftalt mellem RLTN og PLO.

For at lette administrationen i forhold til den enkelte tutorlæge, udbetaler regionen på tutorlægens vegne løn direkte til den uddannelsessøgende læge i godkendte uddannelsesforløb efter overenskomst mellem PLO og Yngre Læger.

Stk. 2.

Den uddannelsessøgende læges ferie samt sygedage indberettes til regionen senest den 10. hverdag i måneden efter fraværet.

Stk. 3.

Beregning af tutorlægens andel af lønnen til den uddannelsessøgende læge efter regionalt tilskud foretages hver 6. måned. Pr. 31. december laves endvidere en årsopgørelse.

Tutorlægens beregnede lønandel trækkes direkte fra tutorlægens næste månedlige afregning med regionen og vil fremgå af honorarspecifikationen.

Senest 1 måned efter uddannelsesforløbets afslutning modtager tutorlægen meddelelse om endelig opgørelse over afregningen til den uddannelsessøgende læge og tutorlægens andel heraf, som er modregnet i sygesikringshonoraret.

Stk. 4. Tutorlæger, der har KBU-læger, får udbetalt et beløb pr. uddannelseslæge pr. måned til dækning af meromkostningerne til faciliteter mv. samt supervision. Beløbet udgør i lægedækningstruede områder 9.001,30 kr. og i ikke lægedækningstruede områder kr. 6.767,90 og reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent i henhold til § 62 i overenskomst om almen praksis.

Stk. 5.

Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved den uddannelsessøgende læges fravær grundet sygdom eller barsel. I tilfælde af, at fraværet varer længere end løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt. Såfremt den uddannelsessøgende læge ikke påbegynder sin ansættelse, er tutorlægen berettiget til honorar for den 1. måned, såfremt meddelelse herom først er givet i den måned, der ligger forud for ansættelsestidspunktet.

Stk. 6.

Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved fravær fra praksis grundet egen sygdom. I tilfælde af tutorlægens sygdom udover løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt.

Stk. 7.

Det kan mellem parterne aftales, at der ydes et tilskud til etablering af arbejdsplads for uddannelsessøgende læger i almen praksis.

Stk. 8.

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse giver regionen besked om, hvornår og i hvilket tidsrum en tutorlæge har en uddannelsessøgende læge, og regionen udbetaler herefter beløbet månedsvis bagud uden anfordring fra tutorlægen.

§ 4 Krav til tutorlægen

Stk. 1.

Tutorlægen har det pædagogiske ansvar for uddannelseslægers uddannelse og virke i deres ansættelse i almen praksis. Tutorlægen skal opfylde de af Sundhedsstyrelsen udmeldte betingelser vedrørende pædagogiske kurser for tutorlæger, evaluering, indretning af klinikken mv., jf. DSAM's hjemmeside.

Stk.2.

Tutorlægen skal give Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse og regionen besked, såfremt den uddannelsessøgende læge udebliver eller uddannelsesforløbet afbrydes i utide.

Stk. 3.

Arbejdsgiveransvaret overfor den uddannelsessøgende læge og tredjemand ligger hos den ansættende myndighed, som er regionen i relation til KBU-, intro- og fase 1-læger. For læger i fase 2 og 3 er ansættende myndighed tutorlægepraksis.

Tutorlægen er ansvarlig for tegning af ansvarsforsikring for læger i fase 2 og fase 3.

Tutorlægen er endvidere ansvarlig for tegning af arbejdsskadeforsikring for KBU-, intro-, fase 1-, fase 2- og fase 3-læger.

Stk.4.

KBU-, intro- og fase 1-lægers ansættelsesvilkår fastlægges i øvrigt efter aftale mellem RLTN og Yngre Læger.

Stk. 5.

Ansættelsesvilkår for fase 2 og 3 læger fastsættes efter aftale mellem PLA (PLO - indtil overenskomstfornyelse 1. april 2021) og Yngre Læger.

Stk.6.

Instruktionsbeføjelsen i den periode den uddannelsessøgende læge er i almen praksis udføres af tutorlægen i overensstemmelse med gældende love og overenskomst om almen praksis. Tutorlægen er overordnet læge i forhold til den uddannelsessøgende læge såvel i faglig henseende som i henseende til arbejdets tilrettelæggelse og i forhold til patienterne.

Stk. 7.

Samarbejdsudvalget er forpligtet til at orientere Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, såfremt det finder, at der er praktiserende læger, hvis praksisforhold er så afvigende fra det sædvanlige, at det ikke er hensigtsmæssigt, at de har uddannelsessøgende læger. Tutorlægen skal orienteres herom, og kan inden 6 uger klage til Landssamarbejdsudvalget, såfremt lægen ikke finder, at samarbejdsudvalgets begrundelse er rimelig.

#### § 5. Ikrafttræden

Aftalen træder i kraft 1. januar 2022 og kan af hver af parterne opsiges med seks måneders varsel til et kvartals udløb, dog tidligst 1. januar 2024.

## Bilag 9 Handlingsplan om cyber- og informationssikkerhed

Parterne er enige om at igangsætte en handlingsplan for cyber- og informationssikkerhed med henblik på tilslutning til den nationale it-sikkerhedsorganisering og løfte niveauet af awareness om cyber- og informationssikkerhed i almen praksis.

Planen består af analyse- og implementeringsaktiviteter.

Der fremlægges en status på handlingsplanen for det nye Partsforum for data og digitalisering i løbet af Q2 2022.

### **Handlingsplanen**

I handlingsplanen lægges der vægt på, at der udarbejdes en beskrivelse af mulige modeller for, hvordan almen praksis kan tilsluttes det kommende nationale SAC (Security Analytics Center) med en vurdering af omkostninger til udvikling, drift og vedligehold af tilslutningerne.

Handlingsplanen lægger desuden op til at undersøge, hvilke yderligere forudsætningskabende aktiviteter, der skal finde sted før tilslutning til SAC/SOC, herunder at der eksempelvis stilles relevante krav til leverandører.

Der igangsættes i januar 2022 en undersøgelse, der beskriver det nuværende niveau af informationssikkerhedsniveau i almen praksis, bl.a. med afsæt i tidligere analyser af området. Undersøgelsen skal – ud fra en risikobaseret tilgang – pege på tiltag, der kan løfte cyber- og informationssikkerheden samt komme med forslag til prioritering ud fra en vurdering af bl.a. effekt og økonomi.

Der skal undersøges modeller for en mere professionel drift og forvaltning af cyber- og informationssikkerhedsområdet i almen praksis, som i tilknytning til overenskomstperiodens udløb/ fornyelse kan udbredes til andre dele af praksissektoren.

Arbejdet skal gennemføres i dialog med de relevante aktører og med inspiration fra det it-sikkerhedsarbejde, som datakonsulenterne i Region Sjælland har gennemført for almen praksis i regionen.

**Implementeringsaktiviteter**

Cyber- og informationssikkerheden skal løftes og det nuværende videns- og kompetenceniveau i almen praksis skal udbygges. Fx med følgende aktiviteter:

*Vedrørende GDPR*

- Vedligeholdelse og færdiggørelse GDPR-aktiviteter, der påhviler privatpraktiserende læger som selvstændige erhvervsdrivende, og som hjælper med at efterkomme krav i persondataloven og højne informationssikkerheden, herunder foretager alle klinikker løbende opdateringer af nødvendige skabeloner og dokumenter, herunder bl.a. årlige risikovurderinger baseret på en fælles skabelon, opdaterer 1-2 gange årligt relevante databehandleraftaler og privatlivspolitikker, så de løbende holdes ajour med udviklingen på it-området og med de nationale sundheds-it projekter. Derudover gennemføres et årligt tilsyn med relevante databehandlere.

*Vedrørende handlingsplanens informationsaktiviteter, klinikrettede*

- Udvikling af formidlingsselementer, der kan fastholde og skabe awareness om cyber- og information sikkerhed. Leverancerne kan bl.a. være inspireret af Tekniske minimumskrav for statslige myndigheder (2020), PLOs pjece *Informationssikkerhed i din klinik* (2017) og vejledninger om gode råd til it-sikkerhed i klinikken fra 2018.
- Udarbejdelse en "værktøjskasse for cyber- og informationsikkerhed" med forslag til konkrete handlingsanvisninger, to-do-lister, e-learning-moduler, fx med test og eksempelkataloger.
- Afholdelse af kurser på Lægedage for læger og klinikansatte.