

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

Sag.nr. -

Tid	Den 14. september 2017
Sted	København
Deltagere	Repræsentanter for Praktiserende Lægers Organisati- on og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Emne	Aftale om almen praksis

Parterne er enige om at indstille følgende til godkendelse:

1.	Kvalitetsarbejde i almen praksis – en beskrivelse af en fremtidig model for kvalitetsarbejdet i almen praksis	3
2.	Kvalitetsarbejde og akkreditering af klinikker udenfor klynger	13
3.	Differentiering af basishonoraret	16
4.	Lægedækning	21
5.	Akutområdet	25
6.	Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis	27
7.	Opbygning af kapacitet til en styrket indsats for mennesker med kroniske sygdomme.....	31
8.	Forløbsplaner.....	32
9.	Tidlig opsporing af mennesker med lungesygdom	35
10.	Styrket fokus på implementering og anvendelse af Undersøgelsesprogram for astma hos børn og unge.....	37
11.	Understøttelse af populationsansvar	39
12.	Tilskudsberettiget efteruddannelse	40
13.	Patientoplevelset kvalitet i almen praksis	41
14.	Opprioritering af sygebesøgsopgaven.....	44
15.	Styrket opfølgningsindsats ved sektorovergange	48
16.	Kontrol og opfølgning på kræftpatienter	52
17.	Digital kommunikation mellem sektorer.....	55
18.	Oplysninger om adgangsforhold i almen praksis	57
19.	Milepælsplan for adgang til data i almen praksis.....	59
20.	Andre konkrete ændringer til overenskomsten	60
21.	Aftalens økonomi	60
22.	Ikrafttrædelse	66

Bilag 1.	Konkrete ændringer til overenskomsten som følge af aftale om lægedækning.....	68
Bilag 2.	Data i forbindelse med lægevagtsopgaven	74
Bilag 3.	Program for diabetes type 2 og KOL i almen praksis.....	75
Bilag 4.	Fastlæggelse af fremtidig model for kronikerhonorar ...	95
Bilag 5.	Protokollat om tilskudsberettiget efteruddannelse	97
Bilag 6.	Projekt for forbedring af den digitale kommunikation	106
Bilag 7.	Milepælsplan for adgang til data	108

1. Kvalitetsarbejde i almen praksis – en beskrivelse af en fremtidig model for kvalitetsarbejdet i almen praksis

Udviklingen i sundhedsvæsenet stiller store krav til alle aktører – også til de praktiserende læger. De kendte krav om høj faglighed suppleres med krav om at prioritere rigtigt, om at kunne sætte ind overfor nye problemområder og om at kunne arbejde med kvalitet på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet.

Parterne har set på, hvordan der kan skabes et kvalitetsarbejde, som kontinuerligt udvikler fagligheden og indsatserne i almen praksis. Det er ambitionen, at kvalitetsarbejdet skal nå ud til alle praktiserende læger og dermed komme alle patienter til gavn.

Almen praksis er en del af det samlede sundhedsvæsen. Derfor skal arbejdet med kvalitetsudvikling og forbedring af behandlingsindsatsen i almen praksis udvikles og tilpasses som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Med det nationale kvalitetsprogram er der opstillet otte nationale mål, igangsat et ledelsesprogram og etableret lærings- og kvalitetsteams. Målene sætter retningen for kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Almen praksis er som en del af det samlede sundhedsvæsen omfattet af det nationale kvalitetsprogram.

Parterne har beskrevet, hvordan den fremtidige kvalitetsorganisation og det fremtidige kvalitetsarbejde i almen praksis kan tænkes, og hvordan parterne i fællesskab kan facilitere dette arbejde.

Parterne har besluttet at implementeringen af en ny kvalitetsorganisation og et nyt kvalitetsarbejde i almen praksis bedst understøttes ved at etablere et Program for kvalitetsudvikling i almen praksis med tilhørende programbestyrelse og programstyregruppe. Dette sker i erkendelse af, at den bedste model for dette kvalitetsarbejde bør udvikles, under hensyntagen til de erfaringer, man gør sig undervejs.

Parternes fælles vision for kvalitetsudvikling i almen praksis er,

- at arbejdet med almen medicinsk kvalitetsudvikling når ud til alle praktiserende læger,
- at kvalitetsarbejdet opleves som relevant og praksisnært,

- at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling i egen klinik, og
- at kvalitetsarbejdet udfolder sig mellem læger og i dialog med det øvrige sundhedsvæsen.

Parterne ønsker, at Programmet skal bygge kvalitetsudviklingen på, at de praktiserende læger indgår i såkaldte klynger, jf. afsnittet "Om klynger".

Program for kvalitetsudvikling i almen praksis

Parternes målsætning for Program for kvalitetsudvikling i almen praksis er:

- at fremme og understøtte at alle praktiserende læger finder sammen i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling.

Det forudsættes, at programmet inddrager og bygger videre på den viden og de erfaringer, som allerede er etableret i relation til datadrevet kvalitetsudvikling og samarbejdet mellem almen praksis og regionerne.

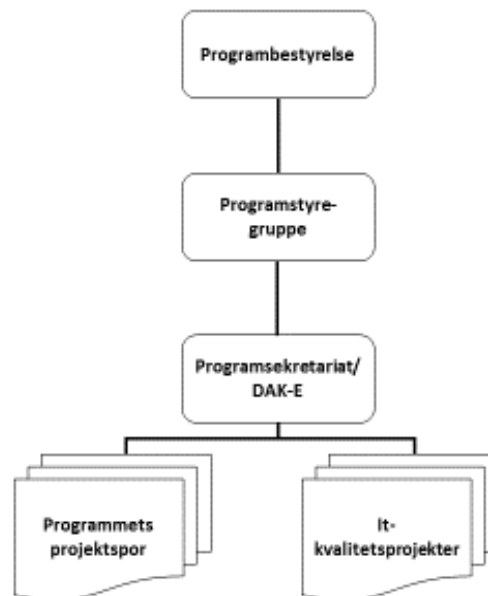
Leverancerne i programmet knytter sig til projektspor, som bl.a. omfatter:

- *Datadrevet kvalitetsudvikling:* Etablering af et datagrundlag som understøtter klyngernes arbejde med kvalitet og dialogen med det øvrige sundhedsvæsen. Datagrundlaget for kvalitetsudviklingen skal kunne forbedre patientbehandlingen og datagrundlaget skal afspejle dette. Datagrundlaget skal på den ene side kunne understøtte den enkelte klinik i arbejdet med kvalitetsudvikling med udgangspunkt i egen patientpopulation, og på den anden side give mulighed for at der kan ske udveksling af informationer mellem klyngen og samarbejdspartnere i det øvrige sundhedsvæsen. Som led heri skal de juridiske forhold vedrørende behandling og udveksling af data kortlægges.
- *Udvikling af indikatorer for almen medicin:* Etablering af kvalitetsindikatorer med afsæt i de 8 nationale mål for kvalitet i sundhedsvæsenet samt almen medicinsk faglighed som grundlag for databaseret kvalitetsarbejde i almen praksis. Indikatorerne skal belyse de mange aspekter, der er i arbejdet med patientbehandlingen i almen praksis.

- *Klyngedannelse:* Etablering af understøttende tiltag, som fremmer lægernes etablering af og deltagelse i klyngearbejdet. Dette projektspor har fokus på alt fra praktiske vejledninger til gode råd om, hvad det vil sige at arbejde sammen i klynger om kvalitet, samt arbejde med kvalitetsdata og forbedringsarbejde via brugen af data. Indsatserne skal ses i sammenhæng med elementer i det nationale kvalitetsprogram, herunder lærings- og kvalitetsteams.
- *Regional organisering:* Fastlægge rammerne for og forventninger til samspillet mellem klynger og det øvrige sundhedsvæsen, herunder særligt de regionale kvalitetsenheder. Som en del af dette spor indgår at afdække den regionale kvalitets- og efteruddannelsesindsats, samt hvordan de eksisterende ordninger på områderne kan anvendes til fremadrettet også at facilitere samarbejdet mellem klynger og det øvrige sundhedsvæsen.
- *Fremtidig national organisering:* Forberedelse af hvordan programmets leverancer skal overgå til drift såvel regionalt som nationalt samt økonomien heri. Overgangen til drift kan både ske løbende i programmet og ved dets afslutning. Organiseringen skal sikre, at der også fremadrettet er en synergi mellem kvalitetsudvikling, forskning og efteruddannelse for almen praksis.

Projektsporene skal gøre brug af eksisterende viden og forskning inden for kvalitetsarbejde, samt ses i sammenhæng med efteruddannelsesindsatsen. Herudover skal erfaringerne fra det nuværende samarbejde på kvalitetsområdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen inddrages. Repræsentanter for klyngekoordinatorerne og patienterne vil blive inddraget i projektsporerne i det omfang, det findes hensigtsmæssigt og relevant.

Programorganisationen for kvalitetsudvikling i almen praksis i klynger ser ud som i nedenstående figur.



Programbestyrelsen, som er ejeren af programmet, og omfatter i alt seks personer, består af:

- 1 formand, som udpeges af parterne blandt medlemmerne af programbestyrelsen
- 3 repræsentanter udpeget af PLO
- 3 repræsentanter udpeget af Danske Regioner

Kendetegnende for bestyrelsen er, at denne igangsætter og følger programmet, og træffer overordnede, strategiske beslutninger. Programbestyrelsen har som strategisk opgave efter to år at gøre status på udbredelse af klynger, samt hvordan arbejdet med kvalitetsudvikling er blevet løbet i gang for at vurdere, om der i den resterende del af overenskomstperioden skal iværksættes yderligere tiltag for at øge udbredelsen og styrke kvalitetsarbejdet.

Under programbestyrelsen etableres en *programstyregruppe*, som har ansvaret for den løbende ledelse af det samlede program og ansvaret for at udmønte programmets målsætninger. Styregruppen omfatter otte personer.

Programstyregruppen består af:

- 1 formand som udpeges af parterne
- 3 repræsentanter udpeget af PLO
- 2 repræsentanter udpeget af Danske Regioner
- 1 repræsentant udpeget af KL
- 1 repræsentant for patienterne, som inddrages i forhold til indholdsmæssig relevans

Programstyregruppen kan ud over de faste medlemmer indbyde 1-2 deltagere efter behov i forbindelse med behandlingen af dagsordenspunkter om fællesoffentlige digitaliseringsprojekter el. lign.

Styregruppens repræsentanter har en faglig indsigt i kvalitetsarbejdet generelt i sundhedsvæsenet og har indsigt i og forståelse for forholdene i almen praksis. Formanden for styregruppen, som udpeges af parterne, skal have kendskab til det samlede sundhedsvæsen, herunder almen praksis, samt erfaring med forandringsledelse og nyde bred tillid.

Styregruppens opgaver er bl.a. at udarbejde en faseplan for programmet, opstille mål og delmål og fastlægge de indsatser, som sikrer at programmets vision og målsætninger realiseres inden for perioden.

Til at varetage det daglige arbejde etableres et *sekretariat* med en programleder. Det er sekretariatets opgave at betjene både programbestyrelsen og programstyregruppen samt udarbejde projektbeskrivelser med baggrund i de ovennævnte projektspor. Sekretariatet bygges op om DAK-E, der udbygges med relevante kompetencer i forhold til at løfte opgaven med at gennemføre programmet. Som led i programorganisationen for kvalitetsudvikling flyttes DAK-E fra Fonden for Almen Praksis. DAK-E skal fortsat varetage driften af de it-kvalitetsprojekter, som parterne er enige om at videreføre, ligesom de kan indgå i aftalte opgaver som led i fællesoffentlige it-projekter samt projekter med forskningsenheder eller andre aktører.

Om klynger

Formålet med klynger

Internationale studier og erfaringer har vist, at hvis fagfolk (læger) placeres i en gruppe (klynge), hvor de forholder sig til egne kvalitetsdata, drøfter sammenhænge og drøfter mulige indsatser, så er der de bedste forudsætninger til stede for, at der sker kvalitetsstigninger i hele gruppen, uanset udgangspunkt. Ved at følge kvalitetsdata over tid, får klinik-

kerne mulighed for at følge virkningerne af egne indsatser og de har samtidig mulighed for at blive inspireret af kolleger i klyngen.

Side 8

En klynge er dermed et professionelt fællesskab af praktiserende læger, som mødes jævnligt og arbejder med kvaliteten af behandlingen af patienterne i deres optageområde internt i klyngen og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Forudsætninger for arbejdet i klynger

En forudsætning for resultaterne i klyngerne er, at kvalitetsarbejdet er drevet af ønsket om at blive bedre. Selve arbejdet i klyngerne sker derfor adskilt fra kontrol og sanktionsforanstaltninger. Måleområderne kan fastlægges både uden for klyngen og internt i klyngen. Det er til gengæld afgørende, at deltagerne i den enkelte klynge har metodefrihed i forhold til den konkrete indsats til at forbedre kvaliteten. Det er udviklingen, der er afgørende – ikke metoden.

I Danmark er de praktiserende læger organiseret i selvstændige klinikker. Det er tanken, at det er lægerne og klinikkerne, der etablerer disse klynger. Parterne vil dog, som nævnt, gennem programmet målrette arbejde på, i fællesskab, at facilitere dannelsen af disse klynger. Det er samtidig vigtigt, at kvalitetsarbejdet i klynger ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.

Klyngernes størrelse, interne organisering og behov for bistand

Klynger udgøres af flere lægeklinikker inden for et vist geografisk område for at tilgodese det lokale samarbejde, både lægerne imellem og med det øvrige sundhedsvæsen. En klynge bør minimum omfatte et antal lægeklinikker med i alt 30.000 gruppe 1-sikrede borgere.

Det er hensigten, at alle læger i klinikkerne aktivt deltager i kvalitetsudviklingen. Som en del af projektsporet om klyngedannelse udformes et antal modeller for, hvordan den praktiske organisering af kvalitetsarbejdet i klyngerne kan foregå. Modellerne skal fungere som inspiration for klyngerne og illustrere, at klyngerne kan tilrettelægge arbejdet på flere måder og finde den model, der passer dem bedst.

Arbejdet i klynger omfatter tre felter – a) kvalitetsarbejde, som læger i klyngen selv udvælger og initierer med henblik på at skabe kvalitetsforbedringer, b) kvalitetsarbejde relateret til nationale mål/-indikatorer

med relevans for almen praksis og c) kvalitetsarbejde foranlediget lokalt, herunder på tværs af sektorgrænser.

Side 9

Hver klynge udpeger en klyngekoordinator, som er en læge fra klyngen. Koordinatoren har ansvar for at skabe de bedst mulige rammer for kvalitetsarbejdet i klyngen. Dvs. samle lægerne, vise datagrundlaget og sikre fremdrift gennem opfølgning. Klyngekoordinatoren kan, hvor det findes relevant, trække på de regionale støttefunktioner og konsulentordninger, som kan bidrage i forhold værktøjer og metoder til at arbejde systematisk med kvalitetsforbedringer.

Det forventes, at klyngekoordinatorerne har behov for bistand til især it- og datamæssige opgaver. Det vil være programmets opgave at definere den bistand, der er behov for, og sikre hvordan den bedst tilbydes, både nationalt og regionalt.

Det kan også forventes, at klyngen vil have behov for egentlig lægefaglig sparring og undervisning fra enten kolleger fra andre klynger, speciallæger eller andre fagpersoner. Dette bør planlægges lokalt, pga. de lokale forskelle.

Klyngernes datagrundlag

Klinikkerne i de enkelte klynger vil arbejde med sundhedsdata i meget bred forstand:

- Data fra patientbehandlingen og patientservice fra de enkelte klinikker (f.eks. kronikerforløb, medicin, ventetider og patienttilfredshed)
- Data fra patientforløb fra både sygehuse og kommuner (f.eks. indlæggelser, genindlæggelser, genoptræning, hjemmepleje og akutfunktioner)
- Data om ressourceforbrug i sundhedssektoren (f.eks. ydelsesforbrug, indlæggelser, henvisninger, lægevagter og medicin)
- Data fra andre fagområder (f.eks. attester, socialområdet, overførelsesindkomster etc.)

Klyngernes samarbejde med det regionale og lokale sundhedsvæsen

Efterhånden som der dannes en lang række lokale klyngefællesskaber, der arbejder med udvikling af lægefaglig kvalitet i almen praksis, vil det være både naturligt og fornuftigt at skabe lokale kontakter både formelle og uformelle til kvalitetsarbejdet i den øvrige del af sundhedsvæsenet, både regionalt og lokalt.

Man kan forestille sig, at dette samarbejde også rækker ind over forskning, undervisning, lokale projekter udover egentlig kvalitetsudvikling.

Det vil være naturligt, at der etableres netværk klyngekoordinatorerne imellem både regionalt og nationalt. De kan f.eks. etableres i tilknytning til de regionale kvalitetsenheder med henblik på opkvalificering af klyngekoordinatorerne, videndeling på tværs af klyngerne, drøftelse af fælles indsatser samt understøttende tiltag for klyngerne mv.

For at bevare klyngernes fokus på kvalitetsudvikling vil det være naturligt, at klyngekoordinatoren fungerer som det omkringliggende sundhedsvæsens kontaktperson vedrørende kvalitetsarbejdet. Der kan tænkes mange personer og organisationer, der ønsker kontakt med en klynge. Helt oplagt vil der være en kontakt til regionens kvalitetsenhed, og det vil også være naturligt med kontakt til de lokale kommuner. Dertil kommer lokale speciallæger, sygehusafdelinger, lokale institutioner, forskere, lægemiddelindustrien, patientforeninger og flere andre.

Der skal i programsporet om den regionale organisering ske en nærmere afklaring af behovet for bistand til klyngerne og organiseringen heraf.

Økonomi

Til programmet afsættes 15 mio. kr. årligt¹, som finansieres af Fonden for Almen Praksis. Herunder finansieres aftalte opgaver, som varetages af DAK-E. Såfremt der inden for de første to år af programperioden viser sig behov for yderligere midler, kan programmet ansøge Fonden for Almen Praksis herom.

Ved udgangen af overenskomstperioden tager parterne stilling til den fremtidige organisering efter programmet, den fremadrettede økonomi samt finansieringen heraf.

I tillæg til programmets økonomi er der udgifter til klyngernes arbejde samt det regionale kvalitetsarbejde.

Hver klynge tildeles et klyngebudget, som administreres som for DGE-grupper af regionerne. Som led heri er det klyngekoordinatorens opgave at give meddelelse til regionen om, hvilke klinikker, som indgår i klyngen.

¹ Alle beløb i forhandlingsaftalen er angivet i oktober 2016-prisniveau med mindre andet er angivet.

Den enkelte klynges årlige budget fastsættes som 4,20 kr. pr. gruppe 1-tilmeldte i klinikker i klyngen svarende til 24 mio. kr. i 2016. Klyngernes udgifter udgøres af honorar til klyngekoordinatoren og/eller køb af bistand hertil. Klyngen beslutter selv omfanget af honorering til klyngekoordinator hhv. aflønning for praktisk bistand i klyngen inden for budgettet. Hertil kommer udgifter til mødeafholdelse, mødelokale og forplejning.

Det regionale kvalitetsarbejde omfatter kvalitetsenheder og (læge)konsulenter, som understøtter kvalitetsarbejdet i almen praksis, herunder arbejdet med Den Danske Kvalitets Model (DDKM) og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Det regionale kvalitetsarbejde finansieres dels via de regionale budgetter, dels via midler afsat i medfør af overenskomsten for almen praksis. Det vil sige, at regionerne afsætter 2,03 kr. pr. gruppe 1-sikrede til lokal anvendelse til kvalitetsudvikling, og 0,92 kr. pr. gruppe 1-sikrede til understøttelse af arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel m.v. samt 1,40 kr. pr. gruppe 1-sikrede til den decentrale gruppebaserede efteruddannelsesordning.

Organiseringen og arbejdet i DGE-ordningen forsætter uændret i forhold til tidligere aftaler.

Udover klyngebudgettet afsættes også et opstartsbeløb på 10.000 kr. pr. praktiserende læge svarende til 34,3 mio. kr., hvis alle praktiserende læger indgår i en klynge. Opstartsbeløbet finansieres via opsparede midler fra Fonden for almen praksis og udbetales af regionen. Beløbet skal tilskynde de enkelte praktiserende læger til at indlede klyngesamarbejdet. Beløbet er et engangsbeløb og udbetales ikke ved et eventuelt skift fra en klynge til en anden. Træder lægen ud af klyngen indenfor et år føres pengene tilbage til regionen med henblik på anvendelse til kvalitetsområdet.

§ 106. Midler til understøttelse af kvalitetsudvikling og efteruddannelse

Stk. 1. Regionerne afsætter en pulje på 8,55 kr. pr. gruppe 1-sikret til lokal, regional anvendelse og udmøntning til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Heraf afsættes følgende:

- a) 1,40 kr. pr. gruppe 1-sikret til den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning. Midlerne til DGE afsættes

- til løn til vejlederne inkl. koordinatortillæg, gruppeleder-aktiviteter samt udgifter til administration, kontorhold mv.
- b) 2,03 kr. pr. gruppe 1-sikret til regional understøttelse af kvalitetsudvikling i almen praksis.
 - c) 0,92 kr. pr. gruppe 1-sikret til at understøtte og facilitere Den Danske KvalitetsModel (DDKM).
 - d) 4,20 kr. pr. gruppe 1-sikret til kvalitetsudvikling for lægeklinikker i klynger, jf. dog stk. 2. Lægeklinikker i klynger tildeles et årligt klyngebudget beregnet på baggrund af antallet af gruppe 1-sikrede i de lægeklinikker, der indgår i klyngen pr. 01-01. Klyngebudgettet fastsættes i det år, hvor klyngen etableres, forholdsmæssigt ud fra tidspunktet for klyngedannelsen og de resterende måneder af året. Klyngekoordinatoren giver meddelelse til regionen om klyngens deltagende lægeklinikker forud for udbetaling af klyngebudget samt for korrespondance i øvrigt.

Stk. 2. Midler, der ikke udmøntes til lægeklinikker i klynger, anvendes af de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg i overensstemmelse med § 105.

Stk. 3. Beløbene i stk. 1 er angivet i *01-10-2016-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. 01-01.

2. Kvalitetsarbejde og akkreditering af klinikker udenfor klynger

Side 13

Parterne er enige om, at etableringen af klynger er afgørende for et fremtidigt løft af arbejdet med kvalitet i almen praksis. Målet er, at flest muligt, helst alle, indtræder i og deltager aktivt i kvalitetsklynger. De forventeligt få praksis, som ikke indgår i en klynge, skal tilsvarende arbejde med kvalitetsforbedringer i deres egen klinik.

Eftersom disse klinikker ikke vil blive understøttet i deres kvalitetsarbejde gennem de aktiviteter, der foregår i klyngerne, skal regionen spille en større rolle over for disse klinikker i forhold til at indgå i en dialog om kvalitetsarbejdet. Klinikkerne er forpligtede til at indgå i en løbende dialog med de regionale kvalitetsenheder om, hvordan klinikken præsterer i forhold til definerede kvalitetsmål og indikatorer med relevans for almen praksis, samt hvor der er potentiale for forbedringer.

Således skal klinikker uden for klynger arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling på lige fod med de klinikker, der indgår i en klynge. Dialogen med de regionale kvalitetsenheder skal derfor tage udgangspunkt i de data, som klinikken får stillet til rådighed og selv producerer. Disse data kan bl.a. omfatte:

- ICPC-koder
- RKKP-indikatorer
- Indlæggelser og genindlæggelser
- Mønstre i medicinudskrivning
- Henvisninger til øvrige behandlere i praksissektoren og kommunale tilbud

Herudover kan der suppleres med data, som er udarbejdet af regionen.

Alle praksis skal, jf. den gældende overenskomst, være akkrediteret senest den 31. december 2018. Etableringen af klynger ændrer ikke herved. Dog er praksis, der har fået dispensation grundet ophør, undtaget.

Målet er, at alle praksis indgår i kvalitetsklynger. Klinikker som ikke indgår i en klynge pr. 1. november 2019, skal gennemgå endnu en akkrediteringsrunde.

Akkrediteringen i en anden runde vil foregå efter et revideret standard-sæt baseret på de erfaringer, der er gjort i den igangværende akkrediteringsrunde, og det kvalitetsarbejde som er påbegyndt i klyngerne. Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra IKAS, DSAM, PLO

og RLTN samt øvrige relevante parter, der får til opgave at revidere det nuværende standardsæt med henblik på, at standarder og indikatorer sætter mere fokus på det faglige arbejde i almen praksis, samt at de formuleringsmæssigt indgår i en klinisk kontekst, så de i højere grad fremstår som relevante for hverdagen i almen praksis.

Side 14

Arbejdet skal være afsluttet, så et nyt standardsæt kan træde i kraft pr. 1. maj 2020 med varsling af de første klinikker, der skal akkrediteres, således at surveys tidligst kan påbegyndes 1. november 2020. Standardsættet godkendes af overenskomstens parter forud herfor.

Akkrediteringstidspunktet vil i anden runde blive varslet et halvt år før akkrediteringen. Tidspunktet for hvornår den enkelte klinik skal akkrediteres igen, fastsættes med udgangspunkt i akkrediteringstidspunktet i den igangværende runde.

Der vil ikke være mulighed for at søge dispensation for akkreditering grundet alder under anden akkrediteringsrunde. Der vil alene blive taget hensyn til, om klinikken indgår i en klynge eller ej. Akkrediteringen vil heller ikke være forbundet med honorar.

Såfremt der pr. 1. november 2019 kun er få praksis, som ikke indgår i en kvalitetsklynge, vurderer RLTN, om der er volumenmæssig basis for at gennemføre anden runde af akkrediteringen. I forlængelse heraf indgår parterne i en dialog om, hvorvidt de 0,92 kr., som er afsat til regionernes arbejde med at understøtte Den Danske Kvalitetsmodel, jf. overenskomstens § 106, stk. 1b, kan afsættes til andre formål, f.eks. understøttelse af kvalitetsarbejdet i klynger.

3. Differentiering af basishonoraret

Side 16

Parterne er enige om at differentiere en del af det basishonorar, der udbetales til de praktiserende læger.

Model for differentieret basishonorar skal dels tage højde for variationer i patienttyngde, så honoraret i højere grad end aktuelt afspejler forskelle i den enkelte læges arbejdsbyrde, dels tage højde for om praksis er beliggende i et lægedækningstruet område.

Formålet er, at begge elementer bidrager til en bedre lægedækning.

Modellen kan ikke stå alene i forhold til at formindske udfordringer med lægedækning i alle egne af landet, og skal derfor ses i sammenhæng med øvrige tiltag til at sikre lægedækningen i områder langt fra universitetsbyerne og i socialt belastede områder, jf. forhandlingsaftalens afsnit 4.

Udover det faste basishonorar etableres en ordning på 60 mio. kr. årligt til differentiering af basishonorar. Følgende praksis tilgodeses ved udbetaling fra ordningen:

- Praksis med den største patienttyngde defineret ud fra tilmeldte sikredes alder, køn og sygelighed
- Praksis geografisk beliggende i lægedækningstruede områder.

Mekanismer for udbetaling beskrives nedenfor i 'Protokollat om differentiering af basishonoraret'.

Økonomi og fordeling

Ordningen udgør samlet 60 mio. kr. årligt. Der tilføres i en overgangsperiode midler fra RLTN, således at der sker en indfasning af finansieringen af ordningen. I 2018 tilføres 40 mio. kr. fra RLTN, i 2019 30 mio. kr. og i 2020 20 mio. kr. Beløbet reguleres parallelt med den gældende p/l for almen praksis.

Ud af det afsatte beløb reserveres 60 procent til honorering efter patienttyngde og 40 procent til honorering af praksis i lægedækningstruede områder.

Parterne er enige om løbende at sikre modeludvikling, som tager højde for ændringer i patienttyngde og de erfaringer, der gøres med ordningen. Parterne arbejder videre med at vurdere eventuel inddragelse af socioøkonomi i den statistiske model med implementering med ikrafttrædelse med en ny overenskomst. Ordningen evalueres i løbet af overenskomstperioden.

Aftalen medfører følgende ændringer til overenskomsten:

Ændring til overenskomstens § 48 Basishonorar

Teksten udgår og erstattes med følgende tre stk.

Stk. 1 Basishonoraret udgør pr. gruppe 1 sikrede x kr. pr måned

Stk. 2 Herudover reserveres der 60 mio. kr. til en central ordning vedr. differentieret basishonorar.

Stk. 3 Lægers samlede basishonorar udgør således en fast andel og eventuelt en differentieret andel, som finansieres fra den centrale ordning i henhold til beskrivelse i Protokollat vedr. differentieret basishonorar.

Nedenstående indsættes som protokollat i overenskomsten.

Protokollat vedr. differentieret basishonorar

Der etableres en central ordning på 60 mio kr. vedr. differentieret basishonorar, hvoraf der reserveres 24 mio. kr. årligt til fordeling blandt praktiserende læger beliggende i lægedækningstruede områder. 36 mio. kr. reserveres årligt til praktiserende læger, som - i henhold til en statistisk beregnet sammenhæng mellem forbrug på den ene side og alder, køn og sygelighed på den anden side - har en patienttyngde over gennemsnittet.

Modellen er således bygget op af to delelementer, én der vedrører patienttyngden og én der vedrører om praksis er geografisk beliggende i et lægedækningstruet område. Disse to elementer afgør udbetaling fra den centralt fastlagte ordning.

Ordningen gælder fra 1. januar 2018.

Den statistiske model beregnes på baggrund af 2016-data for patienternes alder og køn, Charlsons komorbiditetsindeks fra 2011-2015. Vægtene fastlås i en tre-årig periode.

En objektiv model for hvilke områder, der falder ud som lægedæknings-truede fastlægges af regionen inden den 1. maj 2018 og låses fast i en tre-årig periode.

Den enkelte praksis' andel af puljen beregnes årligt inden den 1. maj på baggrund af klinikpopulationens alder, køn og sygelighed den 31. december.

Udbetalingen sker i to rater hvert år pr. 1. juli og 1. december.

Honoraret udbetales kun til virksomme praksis på udbetalingstidspunktet.

Det differentierede basishonorar indgår ikke i beregningen af årsopgørelse og fastsættelse af højstegrænser iht. overenskomstens § 87.

Udbetaling - patienttyngde er over gennemsnittet

Beregningen af forskellen mellem det differentierede basishonorar i forhold til patienttyngde og det nuværende basishonorar er baseret på en statistisk beregnet, estimeret sammenhæng mellem forbrug i almen praksis på den ene side og alder, køn og sygelighed på den anden side, der sammenlignes med det nuværende basishonorar.

Følgende variable indgår i den statistiske model:

- Afhængig variabel: Forbruget af sundhedsydelser målt ved bruttohonoraret, afgrænses til afregnet honorar i 2016, for ydelser i almen praksis dagtid, der udgør en særskilt kontakt (konsultation (0101), telefonkonsultation (0201), e-mailkonsultation (0105), sygebesøg (0411-61), andet fysisk fremmøde) mellem behandler og patient. På yderniveau er det samlede afregnede kontakthonorar for borgere tilmeldt yderen pr. 1. januar 2016.
- Uafhængig variabel: Alder og køn på gruppe-1 sikrede patienter.
- Uafhængig variabel: Sygelighed måles ud fra Charlsons komorbiditetsindeks. I beregningen af Charlsons komorbiditetsindeks indgår alle diagnosekoder (aktions- eller bidiagnoser), der er registreret på sygehuset i perioden 2011 til 2015 (Landspatientregisteret). Indekset tildeler

sygelighed en score 1,2,3 eller 6 efter sygdomstydngde. I de anvendte vægte samles score 1 og 2 i vægten CCI=1,2 og score 3+ i CCI=3.

Side 19

Den statistiske model resulterer i følgende basishonorar for de omfattede patientprofiler. Vægtene gælder for hele overenskomstperioden.

Tabel over vægte og differentieret basishonorar (alder, køn og sygelighed) (tabellen bliver ikke den gældende men opdateres forud for overenskomstens ikrafttræden)

Vægte		Basishonorar	
		Ratio	(kr. , 2015)
Mænd	alder_0_14	0,51	208
	alder_15_24	0,40	164
	alder_25_34	0,46	187
	alder_35_44	0,53	217
	alder_45_54	0,67	274
	alder_55_59	0,84	344
	alder_60_64	0,99	405
	alder_65_69	1,18	483
	alder_70_74	1,41	574
	alder_75over	1,87	764
Kvinder	alder_0_14	0,56	228
	alder_15_24	0,92	377
	alder_25_34	1,25	510
	alder_35_44	1,05	430
	alder_45_54	1,05	427
	alder_55_59	1,10	449
	alder_60_64	1,18	481
	alder_65_69	1,30	532
	alder_70_74	1,51	617
	alder_75over	1,97	804
	CCI12	0,55	224
	CCI3	0,96	394

I modellen vægter alder og køn knap 92 pct. i udbetalingen af basishonoraret og sygelighed godt 8 pct.

For at modellen er gennemsigtig og håndterbar, låses de statistiske vægte fast i overenskomstperioden, således at det kun er variationer i klinikens patientpopulation, der har betydning for det differentierede basishonorar.

Senest pr. 1.9.2020 opdateres vægtene i henhold til den aftalte statistiske model (på baggrund af ydelsesmønsteret for 2019) med mindre andet er aftalt, og herefter hvert tredje år. De nye vægte træder i kraft pr. 1.1.2021.

Udbetaling i henhold til den statistiske model for sammenhæng mellem population og patienttyngde udgør 60 % af de midler, der er reserveret i den centrale ordning for differentieret basishonorar.

Side 20

Der sættes en minimums- og en maksimumsgrænse for de beløb, læger kan modtage fra ordningen i henhold til den statistiske model. Minimumsgrænsen er dynamisk og bliver meldt ud parallelt med udmelding om udbetaling fra ordningen. Maksimumsgrænsen udgør 100.000 kr.

Udbetaling - adresse i lægedækningstruet område

Den statistiske model suppleres af en geografisk model, hvor der udbetales fra ordningen i henhold til om praksis er beliggende i et lægedækningstruet område. Differentiering i henhold til geografisk placering udgør 40 % af de midler, der er reserveret i ordningen, som fordeles ligeligt pr. patient til læger med praksisadresse i lægedækningstruede områder.

Lægedækningstruede områder fastlægges af regionen hvert tredje år i henhold til en objektiv model. Med objektiv forstås en model med på forhånd fastlagte kriterier for, hvornår et område falder ud som lægedækningstruet. Områder må ikke udpeges skønsmæssigt.

Ændringer i de lægedækningstruede områder hvert tredje år bør så vidt muligt falde sammen med den planlagte opdatering af den statistiske models vægte af hensyn til systemtilpasninger.

4. Lægedækning

Side 21

Der har i de seneste år været vanskeligheder med at rekruttere læger til almen praksis i nogle dele af Danmark. Det gør sig gældende for områder, der ligger langt fra universitetsbyerne og socialt belastede områder. Det er bekymrende, at der i dag er borgere, som på grund af lokal lægemangel skal køre langt for at komme til en ledig lægeklinik.

Parterne er enige om, at det er nødvendigt i overenskomsten at adressere problemet ved at indføre tiltag, som skal gøre det mere attraktivt at praktisere i de berørte områder uden at forårsage en lavere patientkapacitet i almen praksis for hele landet. Tiltagene skal derfor samlet set sikre flere åbne praksis til gavn for patientens lægevalg og en mere hensigtsmæssig geografisk fordeling af læger.

Som bidrag til bedre lægedækning og samtidig en mere fair fordeling af basishonoreringen er der aftalt en model for differentieret basishonorar, som dels tager højde for variation i arbejdsomfang som følge af forskelle i patienters sygelighed, alder og køn, og dels for lægedæknings-truede områder, se forhandlingsaftalens afsnit 3.

Parterne er blevet enige om følgende overenskomstmæssige tiltag, navnlig tiltag i lægedækningstruede områder. Lægedækningstruede områder defineres i henhold til praksisplanen.

Delepraksis

Med indgåelsen af overenskomsten i 2014 blev delepraksisordningen gjort personlig. Tilladelsen til delepraksis bortfalder dermed, såfremt det forhold der begrundede tilladelsen ophører, herunder hvis den læge, som har været syg eller har haft aflastningsbehov, og som har tilladelse til delepraksis, udtræder af praksis. Læger og praksis der har fået tilladelse til delepraksis før 1. september 2014, blev dog givet ret til automatisk at videreføre tilladelsen, hvis praksis har mere end 1.600 tilmeldte patienter pr. lægekapacitet.

Delepraksisordningen administreres derfor forskelligt afhængig af, hvornår tilladelsen er givet.

Parterne er enige om, at praksis der har fået delepraksistilladelse inden 1. september 2014 kan fortsætte på gældende vilkår indtil en ejers udtrædelse og / eller salg af praksis eller en ansat læges fratrædelse i dele-

kapaciteten². I tilfælde af salg, udtrædelse eller fratrædelse bortfalder tilladelsen uanset patientantal, og praksis skal søge Samarbejdsudvalget om fornyet tilladelse til delepraksis, hvis der fortsat er behov for det. Dette tiltag vil bidrage til en gradvis harmonisering af ordningen.

Parterne er desuden enige om at lempe adgangen til delepraksis i lægedækningstruede områder med henblik på at rekruttere og fastholde praktiserende læger. Adgangen lempes, så det bliver en ret for både eksisterende og nye praksis i en tidsbegrænset periode på op til 6 år at etablere delepraksis. Eventuel fornyet deletilladelse efter 6 år sker på vilkår som for ikke-lægedækningstruede områder.

Endeligt er parterne enige om at ændre adgangen til delepraksis i henhold til overenskomstens § 22, stk. 3, så tilladelse til delepraksis meddeles, hvis en praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner i minimum 10 timer pr. uge frem for nuværende seks timer.

Bedre adgang til ansættelse i almen praksis, herunder af ikke færdiguddannede speciallæger i almen medicin

Det er i dag allerede mulighed for, at almenmedicinere, der ønsker at arbejde i almen praksis - uden at købe og drive en praksis - kan ansættes. Imidlertid gælder det efter overenskomsten, at en praktiserende læge, der ønsker at ansætte en læge i sin klinik, skal søge samarbejdsudvalget om tilladelse, og at ansatte maksimalt må udgøre halvdelen af den samlede lægekapacitet.

Parterne er enige om at lempe disse regler, så der ingen begrænsning er på antallet af (fuldtids)ansatte i praksis i lægedækningstruede områder. Antallet af ansatte kan dog maksimalt udgøre antallet af uforbrugte kapaciteter i praksis.

Forslaget sker med henblik på fremadrettet at imødekomme unge almenmedicineres karriereønsker og behov i forhold til fleksibilitet og ansættelsesformer i almen praksis, og dermed forbedre rekrutteringen af praktiserende læger. Med henblik på at opnå en mere smidig rekrutteringssituation, og reducere bureaukrati i den enkelte praksis, skal praksis fremover ikke søge Samarbejdsudvalgets tilladelse til at besætte en ka-

² Hvis en ansat læge indtræder i kompagniskabet i forlængelse af en ansættelse anses lægen ikke som fratrådt.

pacitet med en ansat. Ansættelse af læger i ledig kapacitet skal fortsat meddeles PLO/regionen som ved en almindelig praksisovertagelse.

Side 23

Parterne ønsker desuden at muliggøre, at læger i fase tre af deres uddannelsesforløb til speciallæge i almen medicin på en dispensation givet af samarbejdsudvalget i lægedækningstruede områder kan ansættes i såvel en ledig kapacitet som i et vikariat af mere end to måneders varighed. Hermed vil yngre læger ved siden af deres uddannelsesforløb, eller i pauser fra uddannelsesforløbet, kunne varetage patientbehandlingen i henhold til overenskomstens regler om ansatte/vikarer. Det skal fortsat være et krav at være speciallæge i almen medicin for at kunne være kliniker.

Tekniske åbnegrænser for patienttal

Parterne er enige om at hæve den nedre åbnegrænse, som aktuelt er fastlagt til 1.475 i overenskomstens § 7, stk. 5. Reglen har ophav i en tid, hvor der ikke var automatiserede processer for ændringer i åbne-/lukkegrænser. Det er administrativt og teknisk uproblematisk at ændre i åbnegrænsen, og systemerne er så præcise, at der ikke er behov for høje tærskelværdier. Praktiserende læger kan til enhver tid se praksis' aktuelle antal sikrede på Praksis- og Afregningsportalen, og vil derfor have gode muligheder for at følge med i, hvornår der bliver åbnet og lukket for tilgang i praksis. Åbnegrænse hæves, således at der åbnes for tilgang, når patienttallet falder til 1.550 pr. lægekapacitet eller det andet antal, der måtte være fastsat for den enkelte kapacitet. Når patientantallet på ny når en aftalt lukkegrænse³ indenfor overenskomstens rammer, lukker regionen automatisk for tilgang. Tiltaget vil samtidig sikre lægerne imod at få tilmeldt flere patienter i en åbningsperiode, end praksis vurderer at have kapacitet til.

Tiltaget vil sikre øget patientkapacitet i almen praksis og øge antallet af åbne praksis.

Ændre opsigelsesvarsel ved ophør

Det fremgår af overenskomsten, at ophør skal varsles til regionen seks måneder før ophørsdato, samt at der tre måneder forinden den varslede ophørsdato skal meddeles endeligt ophør. Tre måneder er for kort planlægnings tid til, at regionen kan træffe de nødvendige foranstaltninger til at sikre lægedækningen, særligt da der er tale om praksis, som ik-

³ En læge kan på forhånd bede regionen om automatisk at få lukket for tilgang ved minimum 1600 patienter.

ke har kunnet afhændes, hvorfor der kan være tale om et i forvejen udfordret område.

Side 24

Parterne er enige om, at reglerne i overenskomsten ændres, så den praktiserende læge seks måneder før forventet ophør skal tilkendegive, om man

1. forventer at sælge praksis / ydernummer eller
2. ikke forventer at sælge praksis / ydernummer.

Alle parter, dvs. PLO-R, region og kommune, skal straks ved lægens meddelelse om, at lægen ikke forventer, at et salg vil lykkes (dvs. seks måneder før), drøfte mulighederne for at håndtere lægedækningen. Fire måneder før endeligt ophør afgiver lægen retten til at disponere over ydernummet til regionen. Der kan dog i tidsrummet 6-4 måneder før endeligt ophør indgås aftale mellem region og læge om, at regionen overtager dispositionsretten før fire-måneders fristen, evt. mod betaling af en kompensation.

Refusion til praksis med ansatte i lægedækningstruede områder

Med henblik på at dække praktiserende lægers omkostninger til barsel og ved sygdom, når der i overenskomsten åbnes op for øget adgang til ansættelse blandt andet af yngre læger i lægedækningstruede områder, øges regionernes indbetalingsprocent til Administrationsudvalget til 1,27 %. Tiltaget skal sikre et incitament til i øget omfang at gøre brug af de nye muligheder for ansættelse, herunder muligheder for ansættelse af yngre læger i fase tre af deres hoveduddannelsesforløb til almen medicin.

Praktiserende Lægers Organisation forpligter sig samtidigt til at tydeliggøre / ændre i regler og forretningsorden for Administrationsudvalget, så praksis med ansatte i lægedækningstruede områder, herunder yngre læger i lægedækningstruede områder, får ret til godtgørelse ved barsel, sygdom, adoption mv.

Konkrete ændringer til overenskomsten fremgår af bilag 1.

Udbuds- og regionsklinikkers deltagelse i vagten

Siden lægevagtsordningernes etablering har sundhedsvæsenet generelt gennemgået en udvikling. Parterne er derfor enige om, at det lokalt er nødvendigt med et fælles og databaseret grundlag for drøftelser om lægevagts opgavevaretagelse. Adgang til data vedrørende bemandingsforhold, udgiftsfordeling mv. er en forudsætning for et oplyst beslutningsgrundlag om ændringer i lægevagts forhold, hvilket parterne er enige om skal sikres på regionalt niveau, jf. punkt a i bilag 2. Format for aflevering af data aftales regionalt, og skal ske minimum én gang årligt.

Udfordringerne med lægedækning i bestemte geografiske områder har også indflydelse på de praktiserende lægers mulighed for at dække vagterne i lægevagten. Med henblik på at sikre lægedækningen i disse områder etableres i stigende grad udbudsklinikker, som aktuelt ikke er forpligtet til at dække lægebetjeningen i vagttiden.

Regionerne har allerede tilkendegivet, at de aktivt ønsker at medvirke til en løsning på udfordringen, således at udbuds- og regionsklinikker deltager i vagtopgaven.

Følgende ændres i overenskomsten:

§ 38, stk. 5

De alment praktiserende læger har ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden efter §§ 39 og 40. Udbuds- og regionsklinikker drevet med hjemmel i Sundhedslovens § 227 stk. 3 og 5 kan indgå i lægevagtsbetjeningen på samme vilkår som de alment praktiserende læger i regionen, såfremt der lokalt indgås en supplerende aftale mellem PLO og regionen herom. Nærmere betingelser herfor aftales lokalt.

Opsigelse af lægevagten

Opsigelsesfristen på 12 måneder giver ikke i tilstrækkelig grad PLO planlægningsmæssig sikkerhed for opgavevaretagelsen i lægevagten. Parterne er derfor enige om, at regionernes opsigelsesfrist forlænges til 18 måneder.

Der er desuden enighed om, at åbenhed og adgang til fælles data vedrørende lægevagten om bemandingsforhold, udgiftsfordeling mv. er en forudsætning for et oplyst beslutningsgrundlag om ændringer i lægevag-

tens forhold, hvilket parterne er enige om skal sikres på regionalt niveau, jf. bilag 2.

Side 26

Projekt vedr. arbejdet i lægevagten

Parterne er enige om, at der igangsættes et fælles projekt om arbejdet i lægevagten. Projektet har til formål at afdække omfanget af arbejdet i lægevagten med særligt fokus på de lægedækningstruede områder. Ligeledes skal forhold så som sammenhængen mellem aktiviteten og bemanningen i lægevagten, herunder vagtbelastning for den enkelte læge, og den geografiske borgernære dækning belyses.

Projektet skal omfatte de regionale lægevagtstilbud i henhold til overenskomsten, og analyserne skal muliggøre at se omfanget af arbejdet i lægevagten.

Dette arbejde forventes afsluttet medio 2018.

Parterne er enige om at arbejde for, at afdækningen har en sådan karakter, at den kan danne grundlag for, at de regionale parter har mulighed for at drøfte og indgå lokale aftaler, herunder - eventuelt midlertidige - aftaler, der kan fravige overenskomstens bestemmelser om beregning af vagthyppighed.

Parterne er bekendt med, at Sundhedsstyrelsen har igangsat en analyse af akutområdet, herunder også den regionale sammenhæng i forskellige akuttilbud.

6. Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis

Parterne er enige om at flytte en del af aktiviteten på sygehusambulatorier vedr. patienter med diagnosticeret diabetes type 2 og KOL til almen praksis, så den overvejende del af den almene behandling og opfølgning i forhold til de to patientgrupper samles i almen praksis. Almen praksis tilføres en samlet mer-økonomi på 151,8 mio. kr. for den nye opgavevaretagelse. Formålet er at styrke almen praksis' ansvar og opgavevaretagelse i forhold til patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL og for patienter, som er diagnosticeret med begge sygdomme.

De samlede rammer for opgaveomlægning er beskrevet i følgende dokumenter:

Bilag 3: Program for diabetes type 2 og KOL

Bilag 3a: Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning

Bilag 3b: Implementering og evaluering

Bilag 3c: Erklæring om klarmelding

Sikring af relevant faglig behandling og understøttelse af almen praksis

Opgaveflytningen betyder bl.a., at almen praksis bliver behandlingsansvarlig for flere forløb for henholdsvis KOL- og diabetes type 2 patienter. Dette ændrer nogle samarbejdsstrukturer mellem almen praksis og det specialiserede behandlingstilbud på hospitalet. Bl.a. indebærer omlægningen, at den praktiserende læge skal tage kontakt til relevant hospitalsafdeling før en eventuel indlæggelse og ved en ambulant kontakt for en mere kompliceret patient, hvor hhv. KOL eller diabetes type 2 er hovedaktionsdiagnose. Akutte indlæggelser kan fortsat ske uden forudgående aftale.

Regionerne stiller specialiserede rådgivningstilbud til rådighed for almen praksis, f.eks. med henblik på at undgå unødvendige indlæggelser eller ambulante besøg. Rådgivningstilbud tilrettelægges og udvikles regionalt, eventuelt med udgangspunkt i de centralt udarbejdede forslag, som fremgår af programmet for diabetes type 2 og KOL.

Herudover skal opgaveomlægningen sikre de rigtige faglige rammer, som kan understøtte praktiserende læger i deres daglige arbejde. Det er et krav, at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til diabetes type-2 og KOL-patienter.

Implementering

Opgaveflytningen skal være implementeret senest 1. juli 2020. Regional dialog om tilrettelæggelse og implementering forankres i Praksisplanudvalget.

Praksisplanudvalget udarbejder en implementeringsplan. Implementeringsplanen skal ikke være del af en underliggende aftale til praksisplanen. Planen kan f.eks. indeholde tilrettelæggelse af specialistrådgivning, tidsmæssig indfasning af udflytning af opgaver, snitflader til øvrige aktører mv.

I forbindelse med implementeringen underskriver PLO-R på vegne af en mindre gruppe praksis en erklæring om klarmelding før programmet for KOL og diabetes type 2 kan anvendes af den enkelte praktiserende læge. Alle praktiserende læger under overenskomst for almen praksis skal være omfattet af en sådan erklæring inden 1. juli 2018.

Økonomi og honorering

Der udbetales et fast kronikerhonorar pr. patient som omfattes af programmet. Kronikerhonoraret omfatter konsultationsydelsen, e-mail- og telefonkonsultationer samt aftalt specifik forebyggende indsats (årskon- trol). Det faste honorar dækker kontaktydelser, uanset hvilken årsag konsultationerne har. Hertil udbetales for alle diabetes 2 og KOL patienter fortsat basishonorar og de resterende aktivitetshonorerede ydelser. Afgrænsning af ydelsen beskrives i bilag 3a om vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning.

Der afregnes særskilt for KOL-patienter, diabetes type 2-patienter og patienter, der både har KOL og diabetes type 2. Det vil sige, at aftalen indebærer oprettelse af tre forskellige, honorarydelser alle med en fast takst:

- Kronikerhonorar for diabetes type 2 patienter
- Kronikerhonorar for KOL-patienter
- Kronikerhonorar for patienter med KOL og diabetes type 2.

De tre sygdomsspecifikke ydelser i dette program kan med seks måneders varsel opsiges af begge parter, dog tidligst ved førstkommende genforhandling af overenskomsten.

Almen praksis tilføres ny økonomi på 151,8 mio. kroner. Heraf er 101,2 mio. kroner tillæg til diabetesopgaven og 50,6 mio. kroner for KOL. Denne økonomi udbetales via fast honorering som tillæg til den økonomi som er knyttet til den nuværende behandlingsaktivitet i forhold til diabetes type 2 og KOL -aktivitet.

Ny økonomi vedrørende diabetes type 2 og KOL på 151,8 mio. kroner lægges ind under nuværende ramme. En overskridelse af den samlede ramme vil fortsat medføre et tilbagebetalingskrav uanset om overskridelsen skyldes forbrug på kronikerhonorar eller øvrig aktivitet.

Kronikerhonorar skal i overenskomstperioden anses som en opstartsfasen, hvor der sker særskilt honorering i forhold til hhv. diabetes type 2, KOL og for de patienter, som har begge diagnoser. For sidstnævnte gruppe vil der ikke tildeles et fuldt honorar for hver sygdom, men i stedet aftales en særskilt honorartakst, som afspejler den synergi, som lægen vil opleve ved at arbejde med udgangspunkt i den enkelte patients bredere sygdomsprofil.

Frem mod næste overenskomstforhandling i 2020 skal der igangsættes et arbejde med henblik på at fastlægge den ideelle fremtidige honorar-model for den samlede opgave med behandling og opfølgning på patienter med de kroniske sygdomme, hvor det vurderes hensigtsmæssigt at flytte nuværende ambulatorieopgaver til almen praksis.

Der nedsættes derfor en arbejdsgruppe, som skal beskrive forslag til honorarmodeller for patienter med en eller flere kroniske sygdomme med henblik på at inddrage forslagene i overenskomstforhandlingerne i 2020. Kommissorium for arbejdsgruppen er vedlagt bilag 4.

Evaluering og perspektiv

En udvidet opgavevaretagelse i forhold til KOL- og diabetespatienter med en forbundet merøkonomi forudsætter en omlægning af kapacitet på hospitalerne. Dette medfører et styrket behov for at sikre, at den andel af patientbehandling og opfølgning, som flyttes fra hospitalsregi til almen praksis, løftes i henhold til aftalen.

Ved udgangen af 2019 vil regionerne tage stilling til, om opgaven vedr. de udflyttede forløb for patienter med diabetes type 2 og KOL – inkl. den aftalte merøkonomi til området – fortsat skal være placeret i almen

praksis. Ligeledes vil regionerne her vurdere, om eventuelt flere opgaver vedr. andre kronikergrupper bør flyttes til almen praksis fremadrettet.

Side 30

I løbet af denne overenskomstperiode vil RLTN med inddragelse af PLO tage initiativ til en forskningsbaseret evaluering af, om opgaveflytningen har været succesfuld, herunder om patienter overvejende følges og behandles i almen praksis, og om den faglige kvalitet af kronikerbehandlingen i almen praksis er tilfredsstillende. Ligeledes skal evalueringen have fokus på sammenhængen til de kommunale forebyggelses- og sygeplejeindsatser.

7. Opbygning af kapacitet til en styrket indsats for mennesker med kroniske sygdomme

Side 31

Parterne er enige om at styrke fokus på mennesker med én eller flere kroniske sygdomme og med risiko for at udvikle kroniske sygdomme.

Parterne er også enige om, at denne indsats især skal rettes mod de svært syge og de socialt udsatte borgere. De praktiserende læger skal i særligt grad rette en indsats mod sårbare patienter med særlige behov og en eller flere kroniske sygdomme. Denne ekstra indsats, blandt de patienter der er tilmeldt praksis, kan have både forebyggende, opfølgende og opfølgende karakter.

De praktiserende læger skal i øget omfang forebygge, opspore, være opfølgende over for patienter med særligt behov og behandle kroniske sygdomme hos deres patienter.

Den praktiserende læge er tovholder på patientforløbene og skal have særligt fokus på at hjælpe patienterne til at mestre deres egen sygdom og bidrage til at patienten har overblik over sit behandlingsforløb.

I overenskomstperioden afsættes der årligt 87 mio. kr. stigende til 121 mio. kr. til styrket fokus på mennesker med kroniske sygdomme eller med risiko for at udvikle kroniske sygdomme, se profil nedenfor. Se den specifikke fordeling af midler i overenskomstperioden i nedenstående tabel. Midlerne udbetales over basishonoraret.

Fordeling af midler til opbygning af kapacitet til en styrket indsats for mennesker med kroniske sygdomme (oktober 2016-prisniveau)

	2018	2019	2020
Fordeling af midler, mio. kr	87,0	105,0	121,3

Parterne bør i løbet af overenskomstperioden udarbejde en beskrivelse af ydelser og aktiviteter indeholdt i basishonoraret.

8. Forløbsplaner

Side 32

Som led i styrket indsats for kronikere er parterne enige om, at elektroniske forløbsplaner implementeres i overenskomstperioden. Forløbsplaner er til alle patienter, som inden for de seneste fire år er diagnosticeret med enten type-2 diabetes, KOL og/eller kroniske lænderygssmerter. Den praktiserende læge opretter, anvender og vedligeholder forløbsplanen i samarbejde med patienten i det videre forløb.

Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne, så hver enkelt patient sikres overblik og viden om forløbet og behandlingen, samt gives det bedste grundlag for egenomsorg i behandlingen. Det sundhedsfaglige indhold i forløbet defineres ud fra det faglige indhold, som er beskrevet i relevante retningslinjer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, DSAM mfl. Sundhedsstyrelsen har udviklet et koncept for patientens forløbsplan ud fra disse faglige retningslinjer og anbefalinger. Der er desuden udviklet beskrivelser af og vejledninger til, hvordan forløbsplanen anvendes i almen praksis.

Forløbsplaner for hhv. patienter med type 2 diabetes og KOL oprettes og vedligeholdes som en del af programmet for hhv. KOL og diabetes type 2 patienter.

Af nedenstående tabel fremgår antallet af nye forløbsplaner, som skal oprettes årligt i overenskomstperioden. Dette antal omfatter antallet af ny-diagnosticerede patienter samt antallet af patienter, der har fået én eller flere af de omfattede diagnoser inden for de seneste fire år. Antallet af nye forløbsplaner til og med år 2020 er derfor højere end den årlige incidens for ny-diagnosticerede patienter sammenlagt for de tre sygdomsgrupper, idet der i denne overenskomstperiode skal laves forløbsplaner for patienter, som siden år 2013 er diagnosticeret med en eller flere af de omfattede sygdomme.

Antallet af forløbsplaner er derudover stigende henover overenskomstperioden i overensstemmelse med implementeringsplanen for den digitale løsning for forløbsplanerne. Der laves forløbsplaner for KOL hele 2018, mens diabetes type 2 starter op i løbet af året. I 2019 og 2020 laves forløbsplaner for alle tre sygdomme.

Antal nye forløbsplaner*

	2018	2019	2020
Samlet antal nye forløbsplaner	40.000	75.000	75.000

**Det forudsættes, at der i 2018 laves forløbsplaner for KOL og diabetes; i 2020 laves forløbsplaner for KOL, diabetes og lænde-ryglidelser.*

Økonomi

Der afsættes midler til aktivitet i almen praksis for oprettelse, anvendelse og vedligeholdelse af forløbsplaner for patienter i målgruppen. Midlerne er et tillæg til den samlede økonomiramme men udbetales over basishonoraret. Derudover afsættes også midler til udvikling, udbredelse samt vedligeholdelse og drift af it-løsningen, herunder til betaling af Nets for borgernes adgang til forløbsplanerne via NemID.

Fordeling af midler til forløbsplaner (oktober 2016-priser)

	2018	2019	2020	Årligt efter 2020
Aktivitet i almen praksis, mio. kr.	18	35	40	40
Teknisk udvikling og udbredelse af digitale forløbsplaner, mio. kr.*	27	27	20	20

*Heraf går 7,5 mio. kr. årligt til Nets for administration af NemID.

Der afsættes 40 mio. kroner til forløbsplaner årligt efter 2020. Midlerne udmøntes over basishonoraret. For hvert overenskomstår følges op på, om antallet er nået. Er antallet ikke opnået, drøfter parterne tiltag, der kan understøtte en bedre målopfyldelse. Laves der flere forløbsplaner end aftalt i overenskomsten, udløser det ikke en mer-økonomi i tillægget til rammen.

Ved endt overenskomstperiode vurderes antallet af forløbsplaner i forhold til det aftalte niveau i perioden for de tre sygdomsgrupper. På den baggrund drøftes udvidelse af målgruppen for forløbsplaner.

Er måltallet for antallet af forløbsplaner ikke opnået, skal tillægget til basishonoraret genforhandles i næste overenskomstperiode.

De varige midler dækker de praktiserende lægers arbejde med oprettelse og vedligeholdelse af forløbsplaner.

Afsættelsen af de varige midler til forløbsplaner efter 2020 forudsætter, at de også omfatter eventuelle nye sygdomsgrupper, som inkluderes i målgruppen for forløbsplaner. PLO forbeholder sig dog retten til i for-

bindelse med næste overenskomstforhandling at vurdere det fremtidige arbejde i forbindelse med evt. nye diagnoser i forløbsplanprogrammet.

Side 34

Parterne er enige om i 2020 at evaluere omfang og udvikling i anvendelsen af forløbsplanerne

Opfølgning

Opfølgning på såvel aktivitet, kvalitet og effekt for patienterne er central for at understøtte implementering og anvendelse af forløbsplaner i almen praksis. Regionerne følger løbende op på oprettelsen af forløbsplaner via den tekniske løsning til forløbsplaner (Sundhedsmappen). Herudover følger regionerne bl.a. op på følgende:

Aktiviteten i almen praksis:

- Antal patienter diagnosticeret med hhv. diabetes type-2, KOL og kroniske lænderygsmerter inden for de sidste 4, som modtager en forløbsplan i almen praksis
- Opdatering af forløbsplan minimum én gang årligt

Kvalitetsindikatorer relateret til personer, som har fået udarbejdet en forløbsplan:

- Indlæggelser med KOL, diabetes type-2 og kroniske lænderygsmerter som aktionsdiagnose
- Ambulante kontakter
- Akutte indlæggelser
- Genindlæggelser
- Speciallægekontakter pr. patient

Data deles med kvalitetsklyngerne som på den baggrund kan drøfte tiltag, der kan understøtte en fuld målopfyldelse.

Evaluering

Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL gennemfører en evaluering af forløbsplanerne i 2019. Det nærmere indhold heri drøftes mellem disse parter på grundlag af et oplæg fra Sundhedsstyrelsen. PLO inddrages i processen.

9. Tidlig opsporing af mennesker med lungesygdom

Side 35

Parterne ønsker at styrke indsatsen i almen praksis for tidlig opsporing af mennesker med lungesygdomme. I overenskomstforhandlingerne afsættes der midler til en øget tidlig opsporingsindsats målrettet borgere med uopdaget KOL. Indsatsen består både af et generelt kompetenceløft i forhold til at opspore borgere i risikogruppen for at udvikle KOL samt af en konkret indsats om udførelse af et øget antal lungefunktionsmålinger til borgere i risikogruppen, når de i forvejen er i almen praksis. Målgruppen for den styrkede tidlige opsporingsindsats i almen praksis er defineret i Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for Tværsektorielle Forløb for Borgere med KOL'.

Økonomi

Der er afsat 73 mio. kr. i perioden 2018-2020 og herefter 25 mio. kr. varigt pr. år til en styrket tidlig opsporing i almen praksis. Midler til honorering af almen praksis anvendes til:

- Honorering af øget antal lungefunktionsmålinger
- Honorering af den forventede vækst i antallet af patienter i KOL-programmet, der identificeres som følge af den tidlige opsporingsindsats

I alt vil midlerne til honorering af almen praksis for tidlig opsporing fordele sig som vist tabellen nedenfor.

Midler fordelt på hhv. lungefunktionsmålinger og på KOL programmet (oktober 2016-prisniveau)

	2018	2019	2020	Samlet 2018-20
Midler til tidlig opsporing i alt*, mio. kr.	23,0	25,0	25,0	73,0
Antal ekstra lungefunktionsus. ift. 2014-niveau	75.000	75.000	75.000	225.000
Ekstra lungefunktionsus., mio. kr.**	8,7	8,7	8,7	26,1
Midler til forventet vækst i antal patienter i KOL-programmet, mio. kr.	14,3	16,3	16,3	46,9

*Eksklusiv midler til kompetenceløft og til informationskampagne

**Der er taget udgangspunkt i takst for lungefunktionsmålinger på 115,97 kr. (ydelse 7113). Takst opgjort i oktober 2016.

Der er desuden afsat i alt 10 mio. kr. til regionerne til brug for kompetenceudvikling af praktiserende læger og praksispersonale med henblik på at understøtte det rette kompetenceniveau i forhold til at udføre og tolke lungefunktionsundersøgelser. Det faglige indhold i kompetenceudviklingen fastlægges af Danske Regioner med inddragelse af bl.a. PLO og DSAM og med rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.

Herudover afsættes der i år 2018 2 mio. kr. til en oplysningskampagne målrettet borgere i risikogruppen. Kampagnen skal forløbe i 2018. Sundheds- og Ældreministeriet definerer indholdet i nærmere samarbejde med Danske Regioner, PLO, Sundhedsstyrelsen og Lungeforeningen.

Økonomistyring

Ved udmøntningen af midlerne til øget aktivitet på lungefunktionsmålinger forpligter almen praksis sig på at foretage lungefunktionsmålinger af borgere i risikogruppen for at udvikle KOL. Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition, forventes almen praksis fra 2018 at foretage 75.000 ekstra lungefunktionsmålinger i almen praksis årligt.

Honoreringen i forhold til det øgede antal lungefunktionsmålinger forudsætter, at den forventede aktivitet finder sted, og at aktiviteten registreres således, at disse data kan anvendes til kontrol. Ved endt overenskomstår opgøres aktiviteten og herved afgøres, hvorvidt rammen tillægges det fulde beløb eller en andel heraf.

Opfølgning

Opfølgning - aktivitetsmål

- Årligt antal lungefunktionsmålinger, som foretages i almen praksis
- Unikke antal patienter, som modtager en lungefunktionsmåling årligt

Opfølgning – faglige mål

- Speciallægekontakter for patienter med KOL
- Ambulante kontakter for patienter med KOL
- Antal nydiagnosticerede KOL-patienter årligt
- Antallet af nydiagnosticerede, der henvises til kommunale forebyggelsestilbud

10. Styrket fokus på implementering og anvendelse af Undersøgelsesprogram for astma hos børn og unge

Side 37

Parterne er enige om at styrke fokus på børn og unge med astma og med mistanke om astma. Konkret skal de praktiserende læger implementere og anvende 'Undersøgelsesprogram for Astma hos Børn og Unge' udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i 2016.

De praktiserende læge skal således medvirke til en tidlig og målrettet opsporing, diagnostik og udredning af børn og unge (0-18 år) med astma, eller hvor der foreligger mistanke herom. Derudover skal den praktiserende læge medvirke til en systematisk opfølgning af børn og unge med astma, som skal give børnene og deres forældre redskaber til at leve et godt liv med sygdommen og til at mestre de udfordringer, som livet med en kronisk sygdom giver.

Indsatsen skal i høj grad ske i samspil mellem almen praksis, kommuner og relevante hospitalsafdelinger. De praktiserende læger forpligter sig dermed til at indgå i det tværsektorielle samarbejde, som er beskrevet i undersøgelsesprogrammet.

Undersøgelsesprogrammet for astma hos børn og unge tager udgangspunkt i eksisterende vejledninger og anbefalinger på området, dvs.:

- Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge
- RADS behandlingsvejledninger for astma hos børn
- Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje (NKR) om non-farmakologisk behandling af astma hos børn og unge

I overenskomstperioden er der samlet afsat 38 mio. kr. til implementering og anvendelse af undersøgelsesprogrammet i almen praksis. Efter 2020 er der tale om varige midler på 15 mio. kr. årligt til fortsat fokus på målgruppen og anvendelse af undersøgelsesprogrammet i almen praksis. Midlerne udbetales over basishonoraret.

I løbet af overenskomstperioden fordeler midlerne sig som vist i nedenfor:

Fordeling af midler til implementering og anvendelse af undersøgelsesprogrammet (oktober 2016-niveau)

	2018	2019	2020
Undersøgelsesprogram – almen praksis, mio. kr.	8	15	15

11. Understøttelse af populationsansvar

Side 39

Formålet med en populationsbaseret tilgang er at skabe mest mulig sundhed samt klinisk og patientoplevelse kvalitet for borgere i lægens population. Dette sker ved den bedst mulige anvendelse af lægens tid og ressourcer. Baggrunden er patienternes forskellige behov og sundhedsproblemer. Lægens indsats skal afspejle den enkelte patients risikoprofil og dermed sikre større lighed i sundhed.

IT og bedre brug af data er her centrale redskaber, der kan understøtte den praktiserende læge i en mere proaktiv tilgang til patientbehandlingen bl.a. gennem risikostratificeringen af sine patienter, prædiktions- og beslutningsstøtteværktøjer. Samtidig skal de praktiserende læger og regionerne udbygge samarbejdet om deling af relevante oplysninger om patienterne, så både almen praksis, kommunal pleje og sygehusene kan tilbyde patienterne de rette tilbud og indsatser.

Parterne er derfor enige om at igangsætte et udviklingsspor i digitaliseringen i almen praksis, hvor parterne sammen undersøger mulighederne i den teknologiske udvikling, og sikrer rum til fælles uddannelsesdage og inspirationsture, hvor parterne kan udforske de digitale løsninger og arbejdstilrettelæggelser, der er taget i brug i andre lande eller i andre sektorer og analyserer, hvordan mulighederne udnyttes. Et godt og første afsæt for dette udviklingsspor er en videre dialog mellem parterne om rapporten "Digital almen praksis", som PLO har fået udarbejdet sammen med Sundhedsministeriet.

Samtidig ønsker parterne at skabe rammerne for, at enkelte praksisser kan fungere som *digitale netværkspraksis*, hvor teknologiske løsninger nemt og hurtigt kan afprøves i mindre skala. Det skal sikre, at løsninger, som ikke viser sig at være anvendelige hurtigt kan lukkes ned igen, mens de gode erfaringer og de gode løsninger til gengæld skal bredes ud gennem systematisk videndeling og skabe grobund for udvikling i sektoren bredt. Udarbejdelse af rammer for digitale netværkspraksis sker i forlængelse af eksisterende samarbejdsfora. Erfaringerne fra de digitale netværkspraksis skal samles op forud for næste overenskomstforhandling, og danne baggrund for en eventuel aftale om national udbredelse af et eller flere af de afprøvede teknologiske løsninger. Parterne har dog også mulighed for at indgå aftale om udbredelse uafhængigt af overenskomstforhandlingerne.

12. Tilskudsberettiget efteruddannelse

Side 40

Parterne er enige om at fortsætte implementeringen af den systematiske efteruddannelse i den kommende overenskomstperiode samt at fastholde den selvvalgte efteruddannelse. Dermed er den enkelte læge forpligtet til at deltage i efteruddannelse inden for temaer, som parterne er enige om afspejler generelle kompetencebehov i almen praksis samtidig med, at der fortsat er mulighed for en mere målrettet efteruddannelse i forhold til lægens eget konkrete behov i patientbehandlingen.

Tidsrummet for udbetaling af tabt arbejdsfortjeneste udvides for denne overenskomstperiode til kl. 8-20 for efteruddannelsesaktiviteter i den systematiske gruppebaserede efteruddannelse. Parterne er enige om, at honoreringen vil indgå i en samlet evaluering af kompensationssystemet for efteruddannelse i forbindelse med næste overenskomstforhandling set i lyset af etableringen af en klyngestruktur i almen praksis.

Parterne er enige om, at der som en del af den systematiske efteruddannelse sker kompetenceudvikling inden for behandlingen af patienter med type 2-diabetes og KOL i forlængelse af, at behandlingen af patienter med disse diagnoser i højere grad skal varetages i almen praksis.

Parterne er desuden enige om at etablere tilskudsberettiget efteruddannelse til praksispersonale inden for diagnoserne diabetes type 2 og KOL, da et element i at styrke almen praksis' rolle i opgavevaretagelsen af borgere diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL er at sikre, at praksispersonalet besidder de rette kompetencer til at kunne varetage flere opgaver i behandlingen af disse borgere. Således ønsker parterne at tilskynde til, at praksispersonalet udvikler og vedligeholder deres kompetencer inden for disse diagnoser. Tilskuddet dækker kursusudgifter og transport.

Der afsættes 4 mio. kr. årligt til at dække udgifterne forbundet med praksispersonales deltagelse i efteruddannelseskurserne for praksispersonale, som varetager opgaver i behandlingen af borgere diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL. Parterne er enige om, at udgifterne hertil dækkes af egenkapitalen i Fonden for Almen Praksis.

På den baggrund er parterne enige om at tilrette overenskomstens bilag 8 "Protokollat om efteruddannelse". Ændringerne fremgår af aftalens bilag 5.

13. Patientoplevelt kvalitet i almen praksis

Side 41

Sundhedsvæsenets behandlingstilbud skal imødekomme borgernes behov, herunder også de ydelser, som varetages i almen praksis. Borgernes oplevelser og vurderinger kan bidrage til bedre organisering og sammenhæng i sundhedsvæsenet og ikke mindst give relevant feedback til de enkelte lægeklinikker.

Parterne er enige om, at der fortsat skal foretages undersøgelser af patienternes tilfredshed med den oplevede kvalitet i almen praksis. Disse undersøgelser skal indgå som en del af datagrundlaget i arbejdet med kvalitetsudvikling og forbedring af behandlingsindsatsen i den enkelte klinik og i klynger. For at imødekomme dette er parterne enige om at se nærmere på, om DANPEP-spørgeskemaet (Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis), som anvendes i dag, bør erstattes af et nyt spørgeskema. Parterne er derfor enige om at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal komme med et oplæg til et nyt spørgeskema for patientoplevelt kvalitet og tilfredshed med ydelserne i almen praksis.

Brugen af DANPEP-spørgeskemaet fortsætter uændret, indtil Fonden for Almen Praksis har taget stilling til implementering af et eventuelt nyt spørgeskema.

DAK-E udarbejder med baggrund i borgernes besvarelse af DANPEP-spørgeskemaet eller et eventuelt senere skema en rapport til hver enkelt praksis, hvor også landsniveauet fremgår til sammenligning. Den enkelte praksis gør resultatet af undersøgelsen offentlig tilgængelig. Til brug for regionerne udarbejder DAK-E en gang årligt en rapport for alle klinikker i regionen, hvor svarene sammenlignes med regions- og landsniveau.

Digitalisering af undersøgelser om patientoplevelt kvalitet

Som følge af digitaliseringen i det offentliges kommunikation med borgere og sundhedsvæsenets brug af it i øvrigt, er parterne enige om, at patienttilfredshedsundersøgelserne gennemføres ved udsendelse til borgernes e-Boks. Dog tages der højde for, at en del af befolkningen er fritaget fra brug af Digital Post (e-Boks), hvorfor der til denne gruppe udsendes spørgeskema med brevpost til et repræsentativt udsnit. Herved sikres, at et bredt udsnit af borgerne får mulighed for at give deres mening til kende.

Arbejdsgruppe vedr. undersøgelse af patientoplevelt kvalitet

For at understøtte fremtidens arbejde med kvalitetsudvikling i almen praksis nedsættes en arbejdsgruppe inden udgangen af 2. kvartal 2018, som har til opgave at fastsætte de relevante temaer i en spørgeramme for patienttilfredshedsundersøgelser i almen praksis, som forventes at kunne udgøre et alternativ til DANPEP-undersøgelsen.

Arbejdsgruppen skal desuden træffe aftale med en ekstern aktør med relevante og faglige kompetencer inden for spørgeskemaundersøgelser, som kan bistå arbejdsgruppen med at udarbejde de konkrete spørgsmål, der skal indgå i undersøgelsen. Spørgsmålene i undersøgelsen pilottestes med henblik på at sikre anvendeligheden.

I tillæg til arbejdsgruppens arbejde for en eventuel ny spørgeskemaundersøgelse, skal arbejdsgruppen afdække og beskrive de nærmere rammer for udsendelse af patienttilfredshedsundersøgelser i en fremadrettet elektronisk løsning, herunder fx proceduren for, hvornår spørgeskemaet sendes ud til borgerne, ligesom arbejdsgruppen skal se på mulighederne for offentliggørelse af resultaterne.

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra Danske Regioner og PLO. Gruppen kan efter konkret vurdering inddrage øvrige relevante parter. Arbejdsgruppen fremlægger oplæg til en ny spørgeskemaundersøgelse, erfaringer fra pilottest m.v. for Fonden for Almen Praksis senest i primo 2019 med henblik på Fondens stillingtagen til erstatning af DANPEP-undersøgelserne. Tidligere på året, forventeligt i inden udgangen af tredje kvartal 2018, vil arbejdsgruppen fremlægge procedure m.v. for udsendelse af spørgeskema.

Der afsættes 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, under program for kvalitetsudvikling i almen praksis.

§ 93 Patientoplevelt kvalitet i almen praksis

Stk. 1.

De praktiserende læger er forpligtede til mindst hvert tredje år at gennemføre en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i almen praksis samt at offentliggøre resultatet af undersøgelsen. Arbejdet er forankret og understøttet i DAK-E, og indgår som en del af grundlaget for kvalitetsudvikling i almen praksis.

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.

Opsamling, bearbejdning og kvalificering af svar på undersøgelserne varetages af DAK-E. DAK-E er ansvarlig for, at resultatet af undersøgelserne gøres tilgængelige for de enkelte klinikker i form af en rapport, hvor resultaterne sammenlignes med landsniveau. DAK-E er videre ansvarlig for at stille årlige rapporter til rådighed for regionerne, hvor de enkelte klinikker sammenlignes med regions- og landsniveau.

14. Opprioritering af sygebesøgsopgaven

Side 44

Parterne er enige om, at der er behov for at sikre alle borgere adgang til de nødvendige sygebesøg gennem en generel opprioritering af området blandt andet for at skabe sammenhæng i den sundhedsindsats borgerne møder og for at medvirke til forebyggelse af (gen)indlæggelser, herunder tiltagende behov for sygebesøg hos multisyge, patienter med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter med akutte/subakutte/komplekse problemstillinger og psykisk syge.

Det er parternes forventning, at denne aftale vil medføre et øget antal sygebesøg både i patientens hjem og på de kommunale akutpladser. I aftalen indgår dog ikke et generelt ansvar for at dække kommunens akutpladser. Her følger parterne Sundhedsstyrelsens anbefalinger:

I forhold til kommunale akutfunktioner anbefaler Sundhedsstyrelsen, at rammerne for samarbejdet mellem almen praksis, akutfunktionen i hjemmeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en underliggende aftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis.

Parterne er enige om følgende indsatser til en generel opprioritering af sygebesøgsindsatsen i form af:

- Honorarstigning på sygebesøg
- Rammeudvidelse til aktivitetsstigning
- Løsning af sygebesøgsopgaven ud over 5/15 km

Økonomi

Der afsættes 90 mio. kr. i 2018, 95 mio. kr. i 2019 og 100 mio. kr. i 2020 til finansiering af opprioriteringen af sygebesøgsopgaven. Udgiftsfordelingen fremgår nedenfor for 2018.

Samlet sygebesøgspakke (mio. kr.)	
Merudgift, takstforhøjelse	63,8
Merudgift, aktivitetsforhøjelse i 2018*	24,1
Merudgift, tillæg til stedlig læge	2,1
<i>Udgift 2016 niveau (nuv. takster)</i>	<i>73,8</i>
<i>Udgift 2016 niveau (nye takster)</i>	<i>137,6</i>
Total merudgift	<u>kr. 90,0</u>

*Udgiften til aktivitetsløftet udgør i 2019 29,1 mio. kr. I 2020 udgør udgiften til aktivitetsløftet 34,1 mio. kr.

Honorarstigning på sygebesøg

Sygebesøgsopgaven har udviklet sig indholdsmæssigt og fagligt, hvorfor parterne er enige om, at dette skal afspejle sig i honoraret. Ligeledes skal honoraret understøtte den kapacitetsmæssige belastning sygebesøg er, som følge af lægens fravær fra klinikken.

Parterne er derfor enige om følgende honorar for sygebesøg:

	Oktobre 16-takster	Nye takster (okt. 2016-niveau)
Sygebesøg indtil 4 km.	212,50	370,00
Sygebesøg fra 5-8 km.	249,10	509,00
Sygebesøg fra 9-12 km.	283,54	582,00
Sygebesøg fra 13-16 km.	318,22	658,00
Sygebesøg fra 17-20 km.	353,14	1.017,00
Sygebesøg fra 21 km.	374,75	1.316,00
Afstandstakst over 21 km.	8,65	31,00
Sygebesøg på ruten	212,50	370,00
Tillæg stedlig læge, 4.200 besøg		500,00

Udvidelse af rammen til aktivitetsstigning

Aktiviteten fra tidligere overenskomstperiode til nu viser, at der har været konstant nedgang i antallet af kørte sygebesøg de senere år. Parterne er enige om at afsætte 24,1 mio. kroner til en aktivitetsstigning i 2018, 29,1 mio. kr. i 2019 og 34,1 mio. kr. i 2020.

Som følge af den aktuelle og kommende udvikling af det nære sundhedsvæsen er det relevante antal sygebesøg i kommende overens-

komstperiode svært at forudsige. Derfor er parterne indforstået med at foretage en evaluering af udviklingen på området før næste overenskomstforhandling.

Side 46

Løsning af sygebesøgsopgaven ud over 5/15 km

Denne aftale sikrer adgangen til sygebesøg for alle borgere uanset afstand fra borgerens bopæl/opholdssted til egen læge.

Egen læge løser sygebesøgsopgaven, således at egen læge skal køre sygebesøg til egne sikrede med bopæl/ophold ud over 5/15. Egen læge kan ved konkret aftale med stedlig læge herom lade stedlig læge løse sygebesøgsopgaven. Med henblik på at lette denne løsning skal KLU arbejde for at etablere gode løsninger med stedlige læger, således at der lokalt indgås faste aftaler med stedlige læger, som vil påtage sig denne opgave.

Der er enighed om, at ovenstående vil påvirke stedlig læges kapacitet i form af fravær fra klinik og tidsforbrug til transport, hvorfor der aftales et ekstra tillæg til stedlig læge på 500 kr. ved sygebesøg til andres patienter. Det anslås, at stedlig læges løsning af sygebesøgsopgaven vil have et omfang svarende til ca. 4.200 besøg. Parterne er derfor enige om at afsætte 2,1 mio. kr. til tillæg til stedlig læge. Såfremt dette fraviges væsentligt, kan parterne tage forholdet op.

Hvor det ikke er muligt for egen læge eller for stedlig læge at foretage sygebesøget som følge af stor geografisk afstand væsentligt ud over 5/15 km mellem egen læge og patient samtidigt med ekstraordinært arbejdspress hos såvel egen læge som stedlig læge, eller i andre ekstraordinære situationer hos såvel egen læge som stedlig læge hvor der må tages væsentlige hensyn til øvrige patienter, sikrer egen læge, at borgerens behov varetages på anden vis. Tilsvarende gælder ved helt særegne udfordringer i lægedækningstruede områder. Egen læge er forpligtet til at registrere, at udførelsen af sygebesøg ikke var mulig. Den tekniske løsning for registrering søges udviklet inden overenskomsten træder i kraft.

Såfremt der i lægedækningstruede områder konstateres problemer med dækning af sygebesøg ud over 5/15 km., kan begge parter bringe forholdet op i Praksisplanudvalget.

Parterne er på den baggrund enige om, at overenskomstens ydelsesbeskrivelse for sygebesøg ændres med nedenstående tilføjelse, som indsættes før afsnittet om "Sygebesøg ved brug af klinikpersonale":

Side 47

For sygebesøg til egne tilmeldte borgere med bopæl/ophold udover 5/15 km. gælder, at såfremt lægen finder, at der er et sundhedsfagligt behov for at køre sygebesøg, skal egen læge køre sygebesøget eller lade en stedlige læge udføre sygebesøget. Det er alene patientens tilstand og ikke patientens bopæl eller afstand til lægens klinik, der er afgørende for vurderingen af behovet for et sygebesøg.

Hvor det ikke er muligt for egen læge eller for stedlig læge at foretage sygebesøget som følge af stor geografisk afstand væsentligt ud over 5/15 km mellem egen læge og patient samtidigt med ekstraordinært arbejdspress hos såvel egen læge som stedlig læge, eller i andre ekstraordinære situationer hos såvel egen læge som stedlig læge hvor der må tages væsentlige hensyn til øvrige patienter, sikrer egen læge, at borgerens behov varetages på anden vis. I disse tilfælde er egen læge forpligtet til at registrere, at udførelse af sygebesøg ikke var muligt.

Baggrund og formål

Parterne er enige om, at der i visse situationer er et behov for at sikre en særlig hurtig opfølgning i almen praksis efter en sygehusindlæggelse. Herved kan risikoen for sektorskift og potentielt farlige situationer undgås.

Det drejer sig i særlig grad om de patienter, der pga. egen fysisk eller psykisk svækkelse, ikke selv forventes at kunne tage initiativ til den opfølgning hos deres praktiserende læge, som mange sygehusindlæggelser efterfølges af. Problemet forstærkes hvis heller ikke borgernes netværk kan træde til i denne situation.

Formålet med denne indsats er at mindske antallet af tilfælde, hvor patienten "falder mellem to stole", og hvor væsentlige indsatser bliver forsinkede.

Opgaver og ansvar

Opgaven for styrket opfølgningsindsats gælder ved følgende to forhold:

- 1) Behov for akut opfølgningsindsats i almen praksis inden for 1-2 hverdage efter sektorovergang (rødt flag)
- 2) Behov for opsøgende indsats fra almen praksis overfor særligt sårbare patienter, som har et opfølgningsbehov efter sektorovergang, men som ikke af egen drift henvender sig til almen praksis (gult flag).

Den praktiserende læge forpligter sig til at følge op over for patienten ved aktivt at forholde sig til epikrisen og reagere adækvat på den udskrivende læges anbefalinger.

Almen praksis' forpligtelse i henhold til overenskomsten om naturligt at følge op overfor patienter, som modtager behandling i flere sektorer, gør sig i øvrigt gældende som vanligt (grønt flag).

Den akutte opfølgningsforpligtelse (rødt flag) dækker dagtid og ferier. Det betyder bl.a., at den praktiserende læge skal sørge for monitorering og nødvendig opfølgning af indkomne epikriser ved stedfortræder i fe-

rieperioder. Den praktiserende læge kan kontakte udskrivende læge såfremt opfølgningen af faglige eller rent praktiske årsager ikke kan gennemføres.

I særlige tilfælde kan det være nødvendigt undtagelsesvist at instruere udskrivende læge i at ændre fra gult til rødt flag for at sikre en opsøgende indsats overfor sårbare patienter i perioder, hvor der forventeligt er længerevarende ferie hos en læge. Et rødt flag vil netop sikre, at stedfortrædende læge får kendskab til og foretager den nødvendige opfølgning.

Økonomi

Almen praksis tilføres en merøkonomi på 30 mio. kr. Beløbet tillægges basishonoraret. Den økonomiske ramme hæves tilsvarende.

Merøkonomien dækker et styrket fokus på den akutte og den opsøgende indsats ved sektorovergange samt de ændrede arbejdsgange, som sikrer daglig monitorering af meddelelser fra andre dele af det behandlende sundhedsvæsen.

Derudover tillægges 10 mio. kr. til den økonomiske ramme til forventet meraktivitet som følge af den øgede opsøgende indsats. Herunder afregnes eventuel opsøgende indsats på telefon som almindelig telefonkonsultation.

Implementering og evaluering

Det er udskrivende eller afsluttende læge på sygehuset, der vurderer behov for opfølgning. Denne vurdering skal ske med udgangspunkt i en faglig vejledning.

Praktiserende læger bliver understøttet i opfølgningen, når der foreligger en epikrisestandard, som muliggør en tydelig angivelse af opfølgningsbehov, fx via et grønt, gult eller rødt flag, samt en faglig vejledning om, hvilke situationer der tilsiger anvendelsen af de tre opfølgningskategorier.

Dette arbejde skal være en del af periodeprojektet vedr. digital kommunikation, jf. forhandlingsaftalens afsnit 17. Hermed skal indsatsen også ligge i forlængelse af gældende anbefalinger fra Patientsikkerhedsstyrel-

sen. Den tekniske epikrisestandard skal udvikles og implementeres i de lokale systemer, dvs. hhv. i almen praksis og i de regionale systemer, så den er i drift senest ved udgangen af 2. kvartal i 2019.

Side 50

Når de tekniske løsninger er implementeret, vil parterne følge udviklingen i omfang og udbredelse hen over aftaleperioden.

Ikrafttrædelse og anvendelse overgangsperiode

Forøgelse af basishonoraret som beskrevet træder i kraft samtidigt med overenskomsten. Praktiserende læger har herefter ansvar for en styrket opsøgende indsats og et ansvar for monitorering og nødvendig opfølgning i dagtiden og i ferier.

Indtil den elektroniske løsning er udarbejdet som en del af aftalen om elektronisk kommunikation skal hospitalet i disse særlige situationer, hvor der er behov for en specifik opfølgningsindsats, samtidig med epikrisen sende en korrespondancemeddelelse til den praktiserende læge. I emnefeltet på korrespondancemeddelelsen skal hospitalet tydeligt markere, at epikrisen beskriver et behov for en specifik opfølgningsindsats og om opfølgningen er rød eller gul.

Da alle lægesystemer endnu ikke har mulighed for autosvar i tilfælde af ferielukning, stiller PLO en webbaseret oversigt over ferieperioder og ferieaflysere til rådighed for sygehuslægen med henblik på en sikker overlevering af rødmarkerede epikriser. Løsningen består af en hjemmeside, hvor man ved at indtaste ydernummer på patientens læge får præsenteret akut telefonnummeret til praksis. Hvis praksis holder ferielukket, vil telefonnummer og lokationsnummer på stedfortrædende læge være oplyst, således at korrespondancemeddelelsen kan afsendes til korrekt modtager.

Det vil også være muligt for RSI at bygge informationerne ind i regionale it-løsninger med henblik på automatik. Altså relevant webadresse til fremsendelse af informationer elektronisk til den læge, som passer patienten aktuelt.

Løsningen er midlertidig indtil der er foretaget forbedringer i Medcom standarden for epikriser.

Ovenstående tekst indsættes som protokollat til overenskomsten.

Side 51

16. Kontrol og opfølgning på kræftpatienter efter afsluttet sygehusforløb

Side 52

Implementering af opfølgningsprogrammer

Den nationale Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet besluttede i december 2012, at der skulle igangsættes et arbejde med henblik på bedre tilrettelæggelse af kræftpatienters opfølgningsprogrammer. Herefter blev der udarbejdet 19 nye opfølgningsprogrammer af 14 nationale arbejdsgrupper med klinisk og administrativ repræsentation mm. Det særlige ved programmerne er det øgede fokus på den enkelte patients behov, og dermed et skridt væk fra de mere standardiserede tilbud, patienterne får nu, hen imod en højere grad af brugerstyring.

I forbindelse med implementeringen af de nye opfølgningsprogrammer for kræft har PLO og Danske Regioner aftalt, at såfremt de nye opfølgningsprogrammer måtte resultere i nye specifikke beskrevne opgaver til de praktiserende læger, skal det honoreres. Det er aftalt, at den evt. forventede ekstra aktivitet indgår som en udvidelse af den økonomiske ramme, og at aktiviteten skal følges. Ud over aftalen om en central økonomisk rammeforøgelse skal implementeringen af opfølgningsprogrammerne ske lokalt, således at der kan ske tilpasning til lokal organisering. Den lokale aftale om implementering skal indgås i Praksisplanudvalgene. De ændrede opfølgningsprogrammer resulterer i en konkret opgaveoverdragelse af opfølgningskontroller fra sygehus til almen praksis for patienter med prostata-, urinvejs- og blære- og nyrekræft.

Rammen forøges som følge heraf med 5,4 mio. kr.

Opfølgning på kræftpatienter

Parterne er enige om, at kræftpatienter og tidligere kræftpatienter i dag udgør en stor og voksende patientgruppe med forskellige behov, alt afhængig af kræftsygdommens type, sygdommens alvor/fremskredenhed, patientens alder og sociale forhold. Opfølgningen skal tilpasses den enkelte patients situation og forhold.

Der er derfor aftalt et løft i basishonorarer på 10 mio. kr., således at almen praksis kan tilpasse kapaciteten til at kunne medvirke aktivt til at sikre en tilstrækkelig, differentieret og relevant opgavevaretagelse i forbindelse med mennesker med kræftsygdom både ved overgang fra sygehusvæsen til almen praksis samt i forhold til fortsat og vedvarende opfølgning på kræftsygsomme generelt.

Den praktiserende læge forpligtes dermed til aktivt at sikre en tilstrækkelig og relevant opgavevaretagelse/opgaveoverdragelse for patienter med afsluttede kræftforløb eller særligt udsatte patienter i vanskelige forløb samt at sikre kontinuerlig og vedvarende opfølgning. Videre skal dette specificke løft af basishonoraret sikre, at også patienter, som ikke traditionelt trækker direkte ydelser, har krav på lægens aktive bevågenhed og tilpasning af ydelserne til patientens behov, jf. NOTE til § 48.

Den individuelle kræftopfølgning og lægens indsats kan eksempelvis indeholde følgende elementer:

- Opsporing af recidiv:
 - Information til patienten om alarmsymptomer, som skal føre til lægekontakt
 - Ved mistanke om recidiv er der nem adgang til praktiserende læge, som hurtigt kan henvise til relevant udredning i sekundærsektoren
- Senfølger af kræftsygdommen:
 - Information til patienten om senfølger af kræftsygdommen
 - kræftbehandling er associeret med øget risiko for metabolisk og kardiovaskulær sygdom, osteoporose, neuropati, lymfødem mm som kræver særlig opfølgning i almen praksis.
 - en stor andel af kræftpatienter har i efterforløbet problemer med angst, depression, arbejdsløshed og nedsat livskvalitet
- Kontrol og behandling for andre kroniske sygdomme
 - Information og støtte til kræftpatienter med andre kroniske sygdomme
 - Fagligt fokus og opfølgning på de andre kroniske ikke kræftrelaterede sygdomme patienten har, da en del kræftpatienter har andre kroniske sygdomme. Det er vigtigt at bevare fokus på disse sygdomme, også efter patienten har fået en kræftdiagnose.
- Forebyggelse:
 - KRAM-faktorer
 - Screening for sekundære cancere
- Henvisning til relevante kommunale rehabiliteringstilbud

Det er forventningen, at kræftopfølgning indgår som et tema i kvalitetsarbejdet i klyngerne.

I tillæg til protokollatet indsættes følgende i overenskomsten:

NOTE til § 48 Basishonorar

”Som en del af basishonoraret er det praktiserende læges ansvar at sikre en tilstrækkelig opfølgning i almen praksis for patienter i et kræftforløb eller patienter med et afsluttet kræftforløb. Dette specifikke løft af basishonoraret skal sikre, at også patienter, som ikke traditionelt trækker direkte ydelser, har krav på lægens aktive bevågenhed og tilpasning af ydelserne til patientens behov.”

17. Digital kommunikation mellem sektorer

Side 55

Den digitale kommunikation skal understøtte patientens forløb i almen praksis, på sygehus og i kommunen. Samtidig skal den digitale kommunikation opleves som enkel og overskuelig for det sundhedsfaglige personale i alle sektorer, så deres tid bruges bedst muligt og i så høj grad som muligt på det sundheds- og lægefaglige arbejde.

Parterne er enige om, at den digitale kommunikation mellem sektorerne med fordel kan styrkes endnu mere. Der er enighed om, at den digitale kommunikation fortsat skal følge de gældende MedCom standarder.

I overenskomstperioden igangsættes et arbejde med at forbedre epikriserne fra sygehusene til almen praksis, korrespondancerne mellem kommunerne og almen praksis og henvisningerne fra almen praksis til sygehusene. Mens man allerede er langt i analysen af, hvordan epikrisen – både indholdsmæssigt og rent teknisk – kan blive et bedre værktøj for den praktiserende læge, udestår der en analyse af, hvordan de tekniske standarder for korrespondancerne og henvisningerne optimeres, så de indeholder de rette informationer, bruges efter hensigten og ikke tager unødigt tid i kommuner, på sygehuse og i almen praksis.

I vid udstrækning skal udfordringerne i kommunikationen mellem kommuner og almen praksis håndteres decentralt. Ved at håndtere dette lokalt bliver det muligt at finde de løsninger, der matcher de lokale behov. Parterne ønsker dog fra centralt hold at præcisere formålet med brugen af korrespondancerne mellem kommuner og almen praksis. Korrespondancerne omfatter, jf. ydelsesbeskrivelsen til ydelse 0105, enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. E-konsultation omfatter også elektronisk meddelelse til hjemmeplejen/plejehjemmet med svar på laboratorieprøver eller undersøgelser samt eventuel behandlingsplan. Endvidere omfattes situationer, hvor hjemmeplejen/plejehjemmet sender elektronisk meddelelse med observationer vedrørende patienten, og lægen svarer med en behandlingsplan. Svartiden tilstræbes gensidigt at være max 3 hverdage, jf. rammeaftale om e-kommunikation.

Parterne er enige om, at hvis hjemmeplejen/plejehjemmet ønsker yderligere dokumentation tilsendt, elektronisk eller på anden måde, efter patienten har modtaget en ydelse efter overenskomsten (telefonkonsultation, konsultation, besøg m.v.), er dette en ekstra ydelse, der ikke er omfattet af overenskomsten, jf. note til § 95 i gældende overenskomst.

Arbejdet med at forbedring af den digitale kommunikation er nærmere beskrevet i bilag 6.

Videre udestår et behov for at få kortlagt transmissionerne i forbindelse med den praktiserende læges henvisninger via henvisningshotellet. Det fremgår af note til § 89, stk. 3, i overenskomsten, at parterne er enige om, at de praktiserende læger skal friholdes fra at betale transmissionsudgifter i forbindelse med elektronisk forsendelse af henvisninger til Henvisningshotellet. PLO kan imidlertid konstatere, at de praktiserende læger betaler en transmissionsafgift i forbindelse med visse typer af henvisninger.

18. Oplysninger om adgangsforhold i almen praksis

Side 57

Når patienter med et handicap skal vælge læge fremgår det på praksisdeklarationen på sundhed.dk om praksis har handicapegnede adgangsforhold. Deklarationen specificerer dog ikke en standard eller en ensartet og foruddefineret ramme for den fysiske tilgængelighed. Parterne er enige om, at oplysninger om indvendige og udvendige adgangsforhold samt toiletforhold skal basere sig på kendte standarder for tilgængelighed, og fremgå af sundhed.dk. Mere gennemsigtighed i forhold til adgangsforhold vil hjælpe patienten med at vurdere, om en lægepraksis er tilgængelig i netop den situation patienten befinder sig i.

Det er ikke muligt for praktiserende læger at angive graduerede oplysninger om adgangsforhold på praksisdeklarationen. Aktuelt angives handicaptilgængelighed med et ja/nej for henholdsvis adgang og toiletfaciliteter suppleret med en fritekstmulighed. Når et nyt administrationssystem, PrakSys, implementeres i løbet af 2017 stilles en teknisk løsning til rådighed for lægen med felter om graduerede adgangsforhold.

Det er praktiserende læger som selv vurderer handicaptilgængeligheden med henblik på videreformidling på praksisdeklarationen. I nogle tilfælde kan det være relevant, at regionerne understøtter almen praksis, fx ved at tilbyde læger konsulentbistand, som besidder den nødvendige tekniske ekspertise til at foretage en tilstrækkelig og præcis vurdering af adgangsforholdene. En eventuel objektiv vurdering af adgangsforhold og dialog om forbedringsmuligheder skal være omkostningsneutral for almen praksis. Der gives ikke tabt arbejdsfortjeneste ved deltagelse i en gennemgang.

Parterne er på baggrund af ovennævnte enige om, at oplysninger om adgangsforhold på praksisdeklarationen skal suppleres af følgende ændringer:

Ændring til § 41 Praksisdeklarationer

Ny stk. 5.

Regionen kan tilbyde praksis en ekstern, objektiv vurdering af adgangsforholdene i praksis med henblik på mærkning og opdatering af praksisdeklarationen.

Ny Anmærkning til § 41, stk. 2, litra g.

Praksis skal på sin praksisdeklaration angive, hvorvidt nedenstående forhold er opfyldt i henhold til Bygningsreglementet:

Side 58

- 1) Niveaufri adgang/rampe til stueetage og til evt. elevator eller trappestol
- 2) Fast og plant areal foran ejendommens yderdør (min. 1,5m x 1,5m)
- 3) Elevator med angivet størrelse
- 4) Trappestol
- 5) Min. bredde på 0,77 m. på fælles adgangsveje (herunder indgangsparti)
- 6) Min. bredde på 0,77 m. på offentligt tilgængelige døre i klinikken, herunder dør til toilet
- 7) Toilet anvendeligt for kørestolsbrugere
- 8) Handicap p-plads i nærheden af klinikken

Såfremt der sker ændring i Bygningsreglementets mål vedrørende nr. 2, 5 og 6 vil ovenstående blive konsekvensrettet.

Når regionerne overgår til nyt administrationssystem Praksys.dk i 2017, vil alle informationer 1) til 8) kunne registreres i et selvstændigt felt. Praktiserende læger er ikke forpligtet til registrering, før der findes en it-løsning, som muliggør registrering i selvstændige felter.

Trappestol er ikke omfattet af Bygningsreglementet, men kan være en relevant oplysning for patienten.

Ændring til § 47 Adgangs- og indretningsforhold vedrørende lægens konsultation

Ny stk. 2.

Ved nybygning og væsentlig ombygning af praksis er det et krav, at der etableres adgangsforhold i henhold til byggelovgivningens regler.

Note til § 47 udgår.

19. Milepælsplan for adgang til data i almen praksis

Side 59

Det er fastlagt i lovgivningen, at praktiserende læger skal:

- levere data til godkendte nationale og regionale kvalitetsdatabaser
- stille data til rådighed for regionerne til afgrænsede og specifikke formål
- arbejde med egne data og kvalitetsrapporter

Før lukningen af DAMD blev de lovgivningsmæssige forpligtigelser udmøntet gennem dataindberetning til to regionale kliniske kvalitetsdatabaser, feedbackrapporter til lægerne og aggregerede opgørelser til regionerne. Derudover blev der leveret data fra DAMD til den såkaldte 'p-journal' på sundhed.dk. Sidstnævnte er ikke forankret i lovgivningen, men aftalt mellem RLTN og PLO i overenskomsten.

Med lukning af DAMD blev der sat en stopper for disse idriftsatte aktiviteter.

Parterne er enige om, at almen praksis igen og hurtigst muligt skal leve op til de lovgivningsmæssige forpligtigelser, og også sikre at borgerne, efter eget valg, kan få adgang til egne kliniske data fra almen praksis. De praktiserende læger har ansvaret for, at data kan afsendes fra praksissystemerne, mens regionerne er ansvarlig for, at data kan modtages de respektive steder.

Den aftalte milepælsplan for data fra almen praksis er vedlagt i bilag 8.

Samtidig er parterne enige om, at der i perioden og i relation til kvalitetsprogrammet udvikles nye almenmedicinske indikatorer. I den forbindelse vil eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser, nationale registre blive inddraget, men der kan også vise sig behov for oprette nye databaser, samt behov for at øge anvendelsesmuligheden af lægens lokale data ved fx at supplere med regionale eller nationale opgørelser.

20. Andre konkrete ændringer til overenskomsten

Side 60

20.1 Tekniske ændringer

I forbindelse med indgåelsen af en ny overenskomst om almen praksis er det aftalt, at der sker en gennemskrivning og teknisk tilretning af overenskomsten, herunder ydelseskataloget, således at den er tidssvarende i forhold til lovgivning og øvrig udvikling mv.

I forlængelse af Forhandlingsaftalen fra 1. marts 2014 er der i overenskomstperioden indgået aftale om en Vandelsbestemmelse, som i den aftalte form indarbejdes i den nye overenskomst.

20.2 Indbetaling af midler til Fonden for almen praksis

Parterne er enige om at nedsætte det årlige beløb som indbetales til efteruddannelsesformål, jf. § 99, stk. 1.c svarende til 5 mio. kr. årligt.

21. Aftalens økonomi

21.1 Decentral vækst

Det er for parterne afgørende at understøtte lokalt forankrede udvikling og vækst af almen praksis. Der er fortsat behov for at finde gode lokale løsninger på de sundhedspolitiske udfordringer bl.a. i forhold til dækning af kommunale akuttilbud. Derfor har decentral udvikling stor betydning for den fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen, hvor almen praksis spiller en central rolle. Parterne er enige om, at det fortsat er en fælles målsætning, som det fremgår af bemærkningerne ved ændringen af Sundhedsloven i 2013, at det lokale samarbejde mellem læger, kommuner og region i højere grad suppleres med decentrale aftaler indgået efter forhandlinger imellem regionen/kommuner og almen praksis. Iflg. bemærkninger til loven forudsætter dette, at en større andel af den samlede økonomiske ramme for sektoren kan udmøntes decentralt.

21.2 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 indsæt-

ser, så ressourcerne udnyttes bedst muligt til at sikre borgerne lægeydelser af høj kvalitet

Side 61

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. økonomiprotokollatets bestemmelser. 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 medsansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig indenfor det fastlagte loft.

Den økonomiske ramme for almen praksis udgør pr. 1. januar 2018 7.547,9 mio. kroner (oktober 2016-prisniveau). Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering. Udgifter vedrørende profylakseydelser, influenzavaccinationer, cervixytologiske undersøgelser (2102, inkl. én 0101), aktivitet i regions- og udbudsklinikker er ikke inkluderet i rammen. Rammen er ligeledes korrigeret for indførelse af automatiske højstegrænser, jf. aftale af 1. marts 2014. 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 oktober 2016-prisniveau):

- Løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 62 i overenskomsten.
- 60 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 109 mio.kr. 1. januar 2019 og 152 mio. kr. pr. 1. januar 2020 som følge af udviklingen i gruppe 1-sikrede.
- 78,3 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 94,1 mio.kr. 1. januar 2019 og 101,2 mio. kr. pr. 1. januar 2020 som følge af udflytning af diabetes type 2-opgave.
- 43,7 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 47,3 mio. kr. 1. januar 2019 og 50,6 mio.kr. pr. 1. januar 2020 som følge af udflytning af KOL-opgave.
- 23 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 25 mio. kr. pr. 1. januar 2019, 25 mio. kr. pr. 1. januar 2020 som følge af tidlig opsporing. Heraf anvendes 8,7 mio. kr. til øget aktivitet af spirometrier og 16,3 mio. kr. til KOL-opgaven.
- 5,4 mio. kr. til kræftkontroller.
- 10 mio. kr. til kræftopfølgning til et løft af basishonoraret.
- 87 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 105 mio.kr. pr. 1. januar 2019 og 121,3 mio.kr. pr. 1. januar 2020 til et løft af basishonoraret til opbygning af kapacitet til styrket kronikerbehandling.
- 40 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 30 mio. kr. pr. 1. januar 2019, 20 mio. kr. pr. 1. januar 2020. Tillægges som et ikke varigt løft af basishonorar.
- 90 mio. kr. pr. 1. januar 2018, 95 mio. kr. pr. 1. januar 2019, 100 mio. kr. pr. 1. januar 2020 til sygebesøg.
- 18 mio.kr. pr. 1. januar 2017, 35 mio.kr. 1. januar 2019 og 40 mio. kr. pr. 1. januar 2020 til forløbsplaner til et løft af basishonoraret
- 40 mio. kr. til opfølgning på epikriser, heraf anvendes 30 mio. kr. til et løft af basishonoraret.

- 8 mio.kr. pr. 1. januar 2018, 15 mio.kr. 1. januar 2019 og 15 mio.kr. pr. 1. januar 2020 til børneastma til et løft af basishonoraret.

Side 63

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

- Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelse 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, som der ikke er afholdt aktivitet for.

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 2020.

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), aktivitet i udbuds- og regionsklinikker, lokale aftaler og rammeaftaler sammenholdes med den fastsatte økonomiske ramme.

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 2018 foreligger.

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:

Side 64

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 statiske data ved beregning af modregningen, og der sker således ikke efterregulering ved ændret adfærd.

21.3 Forhandlingsaftalens økonomi

Økonomi almen praksis, mio.kr.

	OK1	OK2	OK3
Varige midler			
Grp.1 sikrede	60,0	109,0	152,0
Diabetesopgave (og kapacitetsopbygning)	78,3	94,1	101,2
KOL-opgave (og kapacitetsopbygning)	43,7	47,3	50,6
- Udarbejdelse af forløbsplaner	18,0	35,0	40,0
- Tidlig opsporing KOL -spirometrier	8,7	8,7	8,7
- Tidlig opsporing - øget behandlingsbehov KOL	14,3	16,3	16,3
- Børneastma	8,0	15,0	15,0
Opbygning af kapacitet til kronikerbehandling	87,0	105,0	121,3
Nedsættelse af indbetaling til fonden	-5,0	-5,0	-5,0
Kræftkontroller	5,4	5,4	5,4
Kræftopfølgning	10,0	10,0	10,0
Opfølgning på epikriser	40,0	40,0	40,0
Lægedækning, refusion	4,5	4,5	4,5
Sygebesøg	90,0	95,0	100,0
Delsum varige midler	462,9	580,3	660,0

Aftalt i perioden			
Tilskud til indfasning af diff. Basis	40,0	30,0	20,0
Praksispersonale udd.	4,0	4,0	4,0
Klyngebudget	7,9	15,8	24,0
Kvalitetsprogram	15,0	15,0	15,0
Klyngeopstart engangsbeløb	11,5	11,5	11,5
Delsum midlertidige midler	78,4	76,3	74,5
Samlede midler	541,3	656,6	734,5

Øvrige udgifter til understøttelse af AP			
Udvikling af Medcom standarder (e-kommunikation)	4,6	4,6	4,6
Udvikling af forløbsplaner inkl NemId	27,0	27,0	20,0
Akkreditering	0	4,5	4,5
Delsum øvrige udgifter	31,6	36,1	29,1
Samlede midler i alt	572,9	692,7	763,6

Basishonorarforøgelse	171,0	227,7	262,0
Udflyttede opgaver	127,4	146,8	157,2
Aktivitet	165,0	206,3	241,3
Administrationsudvalget	4,5	4,5	4,5
Nedsættelse af indbetaling til fond	-5,0	-5,0	-5,0
Sum	462,9	580,3	660,0

22. Ikrafttrædelse

Side 66

Parterne er enige om, at Overenskomst om almen praksis med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft den 1. januar 2018

Parterne er enige om, at næste forhandling af aftalen på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2021

København, den 14. september 2017

For
Regionernes Lønnings- og
Takstnævn

For
Praktiserende Lægers Organi-
sation

Anders Kühnau

Christian Freitag

Signe Friberg

Jonatan Schloss

Bilag 1. Konkrete ændringer til overenskomsten som følge af aftale om lægedækning

Bilag 2. Data i forbindelse med lægevagtsopgaven

Bilag 3. Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis

Bilag 3a. Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning

Bilag 3b. Implementering og evaluering

Bilag 3c. Erklæring om klarmelding

Bilag 4. Kommissorium for arbejdsgruppe for fastlæggelse af endeligt fremtidigt kronikerhonorar

Bilag 5. Protokollat om tilskudsberettiget efteruddannelse

Bilag 6. Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. digital kommunikation

Bilag 7. Milepælsplan for adgang til data

Bilag 1. Konkrete ændringer til overenskomsten som følge af aftale om lægedækning

Side 68

§ 7. Praksisstørrelse

Stk. 1.

En praksis, der har mere end 1600 gruppe 1-sikrede tilmeldt pr. lægekapacitet, har ret til efter skriftlig meddelelse til regionen straks at få lukket for tilgangen af gruppe 1-sikrede.

Såfremt patienters mulighed for et frit lægevalg må antages at ville blive urimeligt forringet ved lukningen, kan regionen gøre spørgsmålet om tilladelse til lukning for tilgang af gruppe 1-sikrede til genstand for forhandling i samarbejdsudvalget.

Stk. 2.

Praksis, som har færre end 1.600 tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet, men hvis praksisarbejde som følge af mængden af gruppe 2-sikrede, beskæftigelse som bedriftslæge, kommunallæge eller tilsvarende af samarbejdsudvalget bedømmes til at svare til en normal praksis med mere end 1.600 tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet, ligestilles med de i stk. 1 nævnte praksis.

Stk. 3.

Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede, dog ikke under 538. Ansøgning fra læger, der er fyldt 60 år, yngre ny-rekrutterede læger eller læger, som i min. 6 timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde bør så vidt muligt imødekommes. Hvis lukning må anses for at forringe patienternes valgmulighed urimeligt, kan samarbejdsudvalget give tilladelse til selektiv lukning.

Ved urimelig forringelse forstås bl.a., at patienter ikke har adgang til at vælge mellem mindst to praksis inden for en afstand på 15 km fra deres bopæl. Ved selektiv lukning forstås, at der fortsat kan tilmeldes patienter fra et nærmere defineret geografisk område, eller patienter der flytter til området, men at praksis i øvrigt er lukket for patienttilgang.

Stk. 4.

Regionen og PLO-regionalt kan, hvor der foreligger særlige grunde, tage spørgsmålet om lukning for tilgang til praksis op til afgørelse i samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

Praksis, der har lukket for tilgang af gruppe 1-sikrede, får automatisk på ny åbnet for tilgang, når antal tilmeldte gruppe 1-sikrede falder til under 1550 pr. lægekapacitet eller det andet antal, der i de i stk. 1-3 nævnte tilfælde måtte være fastsat.

Stk. 6.

En praksis, der har lukket for tilgang efter stk. 1-3, kan på ny få åbnet for tilgang senest med virkning fra den 1. i den efterfølgende måned. I forbindelse med åbning for tilgang kan lægen vælge at tilkendegive, hvor mange patienter praksis højst ønsker tilmeldt i alt, før praksis igen lukkes for tilgang. Der kan dog ikke tilkendegives lukning ved et lavere antal end 1600 patienter pr. lægekapacitet, medmindre praksis har tilladelse til at lukke for patienttilgang ved et lavere antal, jf. stk. 1 eller 3. Der skal sædvanligvis som minimum åbnes for tilmelding af 100 patienter.

§ 11. Autorisationskrav for alment praktiserende læger

Stk. 1.

Ret til at påtage sig praksis i henhold til denne overenskomst har læger, der har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin. I lægedækningstruede områder i henhold til Praksisplanen kan læger, som er i fase tre af deres uddannelsesforløb til speciallæge i almen medicin, ansættes i en ledig kapacitet eller i et vikariat efter dispensation fra Samarbejdsudvalget.

Stk. 2

”Ingen ændringer”

Stk. 3

”Ingen ændringer”

§ 14. Praksisophør, når praksis ikke overtages af anden læge

Side 70

Stk. 1.

Såfremt en læge agter at ophøre med praksis, uden at der er udsigt til at praksis overtages af en anden læge, har lægen pligt til at varsle dette over for regionen 6 måneder før ophørsdatoen. I forbindelse med varslingen skal lægen meddele, om lægen forventer at kunne sælge i varslingsperioden. 4 måneder før det varslede ophør afgiver lægen retten til at disponere over ydernummeret til regionen. Der kan dog i tidsrummet 6-4 mdr. før varslet ophør indgås aftale mellem region og læge om, at regionen overtager dispositionsretten før 4 måneders fristen, evt. mod betaling af en kompensation. Lægen fremsender kopi til PLO.

Stk. 2.

I umiddelbar forlængelse af, at en læge har afgivet varsel (6 måneder før) om ophør, skal Praksisplanudvalget drøfte mulighederne for at håndtere lægedækningen, herunder om den ophørende læges patienter vil kunne fordeles blandt andre læger med ledig patientkapacitet eller om der er praksis, som ønsker at udvide med den lægekapacitet, der vil blive ledig.

Stk. 3.

Hvis en læges ophør skyldes, at lægen dør eller bliver alvorligt syg, gælder fristerne i stk. 1 ikke. I sådanne tilfælde har lægen eller dennes bo pligt til at give meddelelse om ophør til regionen med en måneds varsel.

Stk. 4.

En læges ophør kan kun ske ved udløbet af en måned.

§ 20. Ansatte læger

Stk. 1.

En praksis kan besætte en ledig lægekapacitet/evt. delekapacitet med en ansat speciallæge i almen medicin i stedet for med en kompagnon. Antallet af ansatte læger kan dog maksimalt udgøre halvdelen af antallet af lægekapaciteter tilknyttet en praksis, medmindre praksis er beliggende i et lægedækningstruet område i henhold til praksisplanen, eller der er tale om en praksis i henhold til § 16 stk. 8. Ansættelse af læger i en ledig kapacitet/delekapacitet skal fortsat meddeles PLO/regionen som ved en almindelig praksisovertagelse.

Stk. 2.

Praksis i lægedækningstruede områder kan ansøge Samarbejdsudvalget om dispensation til at ansætte en læge i fase tre af deres uddannelsesforløb til speciallæge i almen medicin i såvel en ledig kapacitet som i et vikariat af mere end 2 måneders varighed.

Stk. 3.

Praksis kan vælge at overgå til sædvanlig ejerskabsmodel, når det ønskes. Regionen orienteres om dette via PLO.

Stk. 4.

Praksisejeren/ejerne er i forhold til regionen ansvarlig for ansatte lægers overholdelse af denne overenskomst.

§ 22. Delepraksis*Stk. 1.*

Hensynet til læger med behov for nedsat arbejdsomængde i almen praksis kan tilgodeses via delepraksis.

Ved delepraksis forstås, at der optages en ekstra læge som delekompagnon eller ansat i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter. Etablering af delepraksis i henhold til stk. 2, 3 og 4 meddeles PLO som orienterer regionen.

Stk. 2.

Tilladelse til delepraksis meddeles af samarbejdsudvalget. Delepraksistilladelse kan gives til eksisterende praksis eller til læger, som ønsker at erhverve en praksis med henblik på at drive denne som delepraksis.

Samarbejdsudvalget drøfter patientkapaciteten i ansøgerens/ansøgenes praksis før og efter evt. tilladelse til delepraksis. Samarbejdsudvalget kan på baggrund af de konkrete forhold gøre delepraksistilladelsen betinget af en mindste patientkapacitet, som den pågældende delepraksis forpligter sig til at tilbyde i forbindelse med den årlige fastsættelse af lægedækningen i området. Delepraksis kan ikke anmode om at få lukket for patienttilgangen ved et lavere patientantal end denne mindste patientkapacitet.

Samarbejdsudvalget kan pålægge praksis en lukkegrænse i form af et loft over det maksimale patientantal, den pågældende delepraksis kan få tilmeldt. Pålagt lukkegrænse skal kunne begrundes i hensynet til de øvrige praksis i områder, hvor der ikke mangler lægekapacitet.

Stk. 3.

Tilladelse til delepraksis meddeles, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har brug for aflastning. Tilladelse til delepraksis kan endvidere meddeles, såfremt den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 10 timer pr. uge.

Stk. 4.

I lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen har såvel eksisterende som nye praksis ret til at etablere delepraksis i en tidsbegrænset periode på op til 6 år. Eventuel fornyet deletilladelse efter 6 år sker på vilkår, som for ikke-lægedækningstruede områder, jf. stk. 2, 3 og 5. Klinikken, som har praksisadresse i et lægedækningstruet område i henhold til Praksisplanen, meddeler PLO dato for påbegyndelse af delepraksis. PLO orienterer regionen. Mindstekapaciteten i praksis fastlægges til det patientantal, som er tilmeldt i praksis på tidspunktet for ikrafttrædelse.

Stk. 5.

Tilladelse til etablering af delepraksis er en personlig ordning, jf. dog stk. 4. Når den, hvis forhold har begrundet tilladelse til delepraksis, udtræder af praksis, bortfalder delepraksistilladelsen. Tilladelsen bortfalder endvidere senest 2 år efter at forholdet, som begrundede tilladelsen ikke længere er til stede. Ovenstående er gældende for nye tilladelser givet fra den 1. september 2014.

Generelt gælder for kompagniskabspraksis, der drives som delepraksis, at de i tilfælde af opløsning maksimalt kan opdeles i et antal selvstændige praksis, svarende til det antal lægekapaciteter, som kompagniskabet rådede over før opløsningen. Lægerne skal således aftale, hvordan praksis videreføres, hvis lægerne i en delepraksis ikke længere ønsker at fortsætte samarbejdet.

Stk. 6.

Praksis, der har fået tildelt delepraksistilladelse før 1. september 2014, kan fortsætte på gældende vilkår indtil en ejers udtrædelse og/eller salg af praksis eller fratrædelse af ansat læge i delekapaciteten. I disse tilfælde bortfalder delepraksistilladelsen uanset patientantal, og praksis kan søge Samarbejdsudvalget om fornyet tilladelse til delepraksis i henhold til stk. 2 og 3 eller selv etablere delepraksis i henhold til stk. 4.

NOTE til § 22 stk. 3, 4 og 5

De læger, der etablerer delepraksis, skal aftale, hvordan der skal forholdes ved tilladelsens ophør. Denne aftale tilsendes PLO til orientering senest ved etablering af delepraksis. Baggrunden herfor er, at en enkeltmandspraksis, der drives som delepraksis af to læger, ikke kan opdeles i to selvstændige praksis. En tomandspraksis, der drives som delepraksis af tre læger, kan tilsvarende ikke opdeles i tre selvstændige praksis – her er der mulighed for opdeling i to praksis, hvoraf den ene drives som delepraksis af to læger.

1. Data ved forlængelse af mulighed for opsigelse

- *Lægevagtens aktivitet*
 - Data, der kan vise aktiviteten i lægevagtens lokationer
 - Data, der kan vise, hvornår på døgnet patienterne henvender sig til/bliver behandlet lægevagten,
 - Data, der viser, hvilke og hvor mange ydelsestyper, der udføres i lægevagten fordelt på de enkelte konsultationssteder i regionen
 - Data for antal sygebesøg geografisk fordelt.
 - Data for samspil med 112 og sygehusenes akutmodtagelser, herunder hvor mange patienter, der viderehenvises fra lægevagten til 112 og sygehusenes akutmodtagelser.
- *Vagtfordelingsoversigt (visitationsvagter, besøgsvagter og konsultationsvagter)*
- *Identifikation af alle vagtlæger - herunder læger, der agerer under fælles ydernummer (kompagniskab)*
- *Information om fordelingen af vagter (vagtplaner) før og efter lægerne har "byttet" deres vagte*
- *Fordeling af vagtyder (ældre PLO'er, fase 3 læger, færdiguddannede men ikke nedsatte mv.)*

2. Data ved udbud – i forbindelse med regions- og udbudsklinikkers deltagelse i lægevagten

- Antallet af vagter og vagttyper pr. kapacitet i en given periode (fx over et kalenderår)
- Vagttyper, der skal dækkes (A- og B-vagter samt telefon, konsultation, kørende) i perioden
- Forventet indtjening i vagterne

Bilag 3. Program for diabetes type 2 og KOL i almen praksis

Side 75

Disposition:

- 1) Baggrund for aftale om program for diabetes type 2 og KOL**
- 2) Formålet med programmet**
- 3) Forudsætninger for programmet**
- 4) Beskrivelse af indhold i program for diabetes type 2**
- 5) Beskrivelse af indhold i program for KOL**
- 6) Økonomi og honorering**
- 7) Sikring af relevant faglig behandling og understøttelse**
- 8) Kvalitet**
- 9) Opfølgning og kontrol**
- 10) Implementering**
- 11) Evaluering**

Bilag:

- A) Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning
- B) Implementering og Evaluering
- C) Implementeringsaftale

1) Baggrund for aftale om program for diabetes type 2 og KOL

Parterne ønsker, at almen praksis fremover indtager en større rolle i behandling af patienter med kroniske sygdomme. Som udgangspunkt bør almen praksis varetage den største del af ansvaret for opfølgning og behandling af mennesker med kronisk sygdom, og kun undtagelsesvist - i perioder hvor der er særligt behov for specialiseret behandling - skal patienter modtage behandling på hospitalet.

Udgangspunktet for almen praksis opgave er det unikke kendskab til patientens individuelle behov. Samles behandlingen af kroniske patientgrupper i almen praksis, skal det bidrage til, at særligt patienten men også sundhedspersonale på tværs af sektorer oplever mere sammenhængende behandlingsforløb.

En opgaveomlægning skal være begyndelsen til en udvikling, der sikrer praktiserende læger mere frie rammer i deres arbejdstilrettelæggelse. Bl.a. er det vigtigt at give almen praksis mulighed for at målrette ressourcer til de patienter, som har størst behov. Behandling af kroniske sygdomme skal tænkes sammen med patientens øvrige sygdomsbillede og sociale behov.

Denne omlægning af behandlinger af patienter med kroniske sygdomme har ikke kun konsekvenser for patienter og de praktiserende læger. Det har også stor betydning for hospitalerne og regionerne. Parterne er derfor enige om, at det er vigtigt, at alle praktiserende læger med denne aftale er klar over deres forpligtelser over for deres patienter og over for aftalens parter.

For at tydeliggøre denne forpligtelse har parterne aftalt, at hvert PLO-R på vegne af en mindre gruppe praksis underskriver en erklæring om klarmelding senest 1.8.2018. Erklæringen sendes til den pågældende region. Herefter kan de praktiserende læger begynde at anvende programmet i overensstemmelse med den regionale implementeringsplan.

De konkrete forpligtelser i programmet for patienter diagnosticeret med hhv. diabetes type 2 og KOL fremgår af punkterne nedenfor.

2) Formål med programmet

Formålet med dette program og opgaveomlægning er at styrke almen praksis i opgavevaretagelsen i forhold til patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL og for patienter, som er diagnosticeret med begge sygdomme.

Denne opgaveomlægning betyder ændrede samarbejdsrelationer mellem den praktiserende læge og den specialiserede viden på hospitaler med udgangspunkt i den enkelte patient. Dette samarbejde skal sørge for, at den praktiserende læge har støtte fra specialister til at træffe de rigtige beslutninger for den enkelte patient og samtidig bidrage til, at patienten oplever mere sammenhæng i det individuelle behandlingsforløb.

Ligeledes skal opgaveomlægningen tænkes sammen med et øget fokus på efteruddannelse og på det praksisnære kvalitetsarbejde, som har til formål at sikre overblik over patientpopulationen.

3) Forudsætninger for programmet

PLO er ansvarlige for, at systemhusene leverer de aftalte data til understøttelse af dette program. Det gælder både for data, som skal leveres til

kvalitetsklyngerne, og for data, som skal bruges til validering af udbetaling af kronikerhonorar, jf. 'milepælsplan' og bilag om 'vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning'.

Side 77

Ved udgangen af 2019 vil RLTN tage stilling til, om opgaven vedr. de udflyttede forløb for patienter med diabetes type 2 og KOL – inkl. den aftalte merøkonomi til området – fortsat skal være placeret i almen praksis. Ligeledes vil RLTN her vurdere, om eventuelt flere opgaver vedr. andre kronikergrupper bør flyttes til almen praksis fremadrettet.

Den sygdomsspecifikke populationsydelse i dette program er fast og gælder for patienten hvad enten henvendelsen er relateret til den kroniske sygdom eller ej. De tre sygdomsspecifikke ydelser i dette program kan opsiges af begge parter ved førstkommende genforhandling af overenskomst. Se i øvrigt 'kommissorium for fastlæggelse af fremtidig model for kronikerhonorar'.

4) Beskrivelse af indhold i program for type 2 diabetes

Ydelse/opgave	Populationsansvar for patienter diagnosticeret med diabetes type 2
Målgruppe/indikation	Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med type 2 diabetes på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet: • Indlagte patienter med diabetes type 2 • Gravide med diabetes type 2 • Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati (proliferativ og maculopati) • Patienter med tendens til hypoglykæmi *kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med diabetes type 2, Sundhedsstyrelsen 2016. Diagnosen er stillet ved måling af HbA1c, hvor en værdi ≥ 48 mmol/mol (6,5%) er den diagnostiske grænse for diabetes type 2.
Henvisningsmuligheder for patienter med diabetes type 2	For at en praktiserende læge kan henvise en patient med type 2 diabetes (bortset fra de fire nævnte grupper) til hospital <i>som følge af deres diabetesdiagnose</i>, skal den praktiserende læge have haft en dialog med relevant hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den rette specialistopbakning. Her kan fx være tale om patienter med nyopstået eller forværring af multiple komplikationer eller med komobiditet.

	<i>Øvrige henvisninger:</i> Side 78 For patienter med type 2 diabetes og med behov for øvrig specialistbehandling, som ikke skyldes deres diabetesdiagnose, gælder eksisterende henvisningsaftaler. Her er almen praksis fortsat behandlingsansvarlige læge i forhold til behandling af diabetes. <i>Akutte henvisninger:</i> Uanset henvisningsårsag kan den praktiserende læge henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospitalet.
Indhold i ydelsen	Behandling og opfølgning af patienter med type 2 diabetes følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer. På baggrund heraf tilrettelægger den praktiserende læge et individuelt behandlingsforløb for patienten. For de patienter, som har en forløbsplan, jf. aftaletekst om forløbsplaner, så udfylder, anvender og vedligeholder den praktiserende læge i samarbejde med patienten en individuel forløbsplan. Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne, så de sikres overblik og viden om forløbet og behandlingen, samt gives det bedste grundlag for egenomsorg i behandlingen.
Afgrænsning til øvrige overenskomst-bestemte ydelser	For en patient diagnosticeret med type 2 diabetes er følgende ydelser inkluderet i honoraret uanset om henvendelsen vedrører diabetesdiagnosen: årskontrol, konsultation, telefonkonsultation og emailkonsultation.
Honorar	Fast honorar der udgør 2004,24 kr. pr. gruppe 1 sikret med diabetes type 2, der er tilmeldt praksis pr. d. 1. i et kvartals anden måned. Det er en forudsætning for honorarudbetaling, at patienten er registreret på diagnose i den kliniske kvalitetsdatabase.
Apparatur	Ikke behov for yderligere investering i apparatur.
Uddannelsesbehov	Det er lægens eget ansvar at vurdere, om praksis har den rette organisation og kompetencer til at kunne varetage behandlingen af den samlede diabetespopulation i praksis, herunder alternativt overveje og tage ansvar for, at praksis klargøres til at overtage opgaven i overensstemmelse med den regionale implementeringsplan for indførelse af diabetes type 2 programmet.
Klinikpersonale	Det kan være hensigtsmæssigt at anvende diabetesplejersker og/eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning.
Kvalitetssikring	Regionen monitorerer på centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer. Det er et krav, at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til diabetes type-2 patienter.
Patient-information	Hospitalsbehandling skal betragtes som undtagelsen i behandlingen af patienter med diabetes type 2. I de tilfælde, hvor det bliver nødvendigt at henvise til ambulant behandling, skal patienten allerede ved henvisningstidspunktet forberedes på, at behandlingen skal overgå til almen praksis igen, når der ikke længere er behov for hospitalsbehandling. Ligeledes skal hospitalet informere patienten om, når den praktiserende læge overtager behandlingsansvaret.

5) Beskrivelse af indhold i program for KOL

Side 79

Ydelse/opgave	Populationsansvar for patienter diagnosticeret med KOL
Målgruppe/indikation	Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med diagnosticeret KOL på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet: • patienter i GOLD gruppe D, som har hyppige eksacerbationer (2 eller flere om året) • patienter, hvor KOL er kompliceret som følge af svære udvidelser på bronchiegrenene (bronkiektasier) • patienter med meget svært nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 pct. af forventet), specielt hvis de er potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenreducerende te-rapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension • Patienter hvor man overvejer eller har iværksat behandling med noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet. *kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, Sundhedsstyrelsen 2015. For patienter i langtids-hjemmeiltbehandling gælder det, at hospitalet er ansvarlige for iltbehandlingen, mens almen praksis er ansvarlige for den øvrige del af KOL-behandlingen. Diagnosen er stillet på baggrund af ryge- og erhvervsanamnese, symptomer samt spirometrfund. Ved spirometri måles FEV1 og FVC (eller VC), og herefter foretages en beregning af FEV1/FVC % samt af FEV1 i % af forventet værdi. KOL-diagnosen forudsætter, at man påviser FEV1/FVC <70 % efter bronkodilatation.
Henvisningsmuligheder for patienter med KOL	For at en praktiserende læge kan henvise en patient med KOL (bortset fra de nævnte grupper) til hospital <i>som følge af deres KOL-diagnose</i> skal den praktiserende læge have haft en dialog med relevant hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den rette specialistopbakning. Her kan fx være tale om patienter med svære exacerbationer eller forværring af multiple komplikationer eller med komobiditet. <i>Øvrige henvisninger:</i> For patienter med KOL og med behov for øvrig specialistbehandling, som ikke skyldes deres KOL-diagnose, gælder eksisterende henvisningsaftaler. Her er almen praksis fortsat behandlingsansvarlige læge i forhold til behandling af KOL. <i>Akutte henvisninger:</i> Uanset henvisningsårsag kan den praktiserende læge henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospitalet.
Indhold i ydelsen	Behandling og opfølgning af patienter med KOL følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer. På baggrund heraf tilrettelægger den praktiserende læge et individuelt behandlingsforløb for patienten. For de patienter, som har en forløbsplan, jf. aftaletekst om forløbsplaner,

	så opretter, udfylder og anvender den praktiserende læge i samarbejde med patienten en individuel forløbsplan. Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne, så de sikres overblik og viden om forløbet og behandlingen, samt gives det bedste grundlag for egenomsorg i behandlingen.
Afgrænsning til øvrige overenskomst-bestemte ydelser	For en patient diagnosticeret med KOL er følgende ydelser inkluderet i honoraret uanset om henvendelsen vedrører KOL-diagnosen: årskontrol, konsultation, telefonkonsultation og emailkonsultation.
Honorar	Fast honorar der udgør 1.794,58 kr. pr. gruppe 1 sikret med KOL, der er tilmeldt praksis pr. d. 1. i et kvartals anden måned. Det er en forudsætning for honorarudbetaling, at patienten er registreret på diagnose i den kliniske kvalitetsdatabase.
Apparatur	Ikke behov for yderligere investering i apparatur.
Uddannelses-behov	Det er lægens eget ansvar at vurdere, om praksis har den rette organisation og kompetencer til at kunne varetage behandlingen af den samlede KOL-population i praksis, herunder alternativt overveje og tage ansvar for, at praksis klargøres til at overtage opgaven i overensstemmelse med implementeringsplanen for KOL-programmet.
Klinikpersonale	Det kan være hensigtsmæssigt at anvende KOL-sygeplejersker og/eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning
Kvalitetssikring	Regionen monitorerer på centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer. Det er et krav, at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til patienter med KOL.
Patientinformation	I de tilfælde, hvor det bliver nødvendigt at henvise til ambulant behandling, skal patienten allerede ved henvisningstidspunktet forberedes på, at behandlingen skal overgå til almen praksis igen, når der ikke længere er behov for hospitalsbehandling. Ligeledes skal hospitalet informere patienten om, når den praktiserende læge overtager behandlingsansvaret.

6) Økonomi og honorering

a. Opgavens omfang, udvikling i antallet af patienter og honorartakst

I den kommende overenskomstperiode skal en del af den ambulante behandling af type 2 diabetikere flyttes til almen praksis. Ligeledes skal dele af den ambulante behandling af KOL-patienter flyttes til almen praksis og samtænkes med indsatsen for tidlig opsporing.

Diabetes type 2

Parterne vurderer, at der er ca. 258.000 diagnosticerede patienter med diabetes type 2 i år 2018. Det forventes, at dette antal stiger til ca. 286.000 patienter i år 2020.

Parterne vurderer, at der i alt er ca. 38.000 type 2-diabetespatienter med forløb på hospitalerne pt. Af disse aftales det at flytte ca. 25.000 patienter til forløb i almen praksis.

Side 81

Honorartaksten for diabetes type 2 er baseres på, at almen praksis skal varetage den nuværende type 2 diabetespopulation, som allerede går i almen praksis samt de patienter, som forventes udflyttet fra ambulatorierne

KOL

For KOL vurderer parterne, at der er ca. 175.000 diagnosticerede patienter i år 2018. Det estimeres, at der for 2018 og frem identificeres knap 19.000 patienter årligt som følge af indsatsen for tidlig opsporing, se aftaletekst om tidlig opsporing.

Honorartaksten for KOL-populationen afspejler andelen af patienter, hvis behandling ønskes flyttet til almen praksis fra hospitalerne (både ambulant kontakt og fokus på forebyggelige indlæggelser) samt at opgaven også påvirkes af øvrige indsatsområder, så som øget vækst i antal KOL-patienter som følge af fokus på tidlig opsporing.

Patienter med både diabetes type 2 og KOL

Parterne vurderer, at der i 2018 er ca. 28.000 patienter, som både er diagnosticeret med KOL og diabetes type 2 stigende til ca. 33.500 i år 2020. For disse patienter er der et særligt kronikerhonorar, som bl.a. afspejler den synergi i behandlingen, som lægen oplever ved styrket populationsansvar for patienten.

Tabel 1 nedenfor beskriver talmaterialet vedr. nuværende antal kronikere og den forventede vækst i overenskomstperioden.

Tabel 1: Udvikling i antal patienter i perioden 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
RLTN dia2	220.515	232.363	244.913	258.031	271.693	285.874
<i>KOL</i>	175.481	175.210	175.145	175.241	175.466	175.818
<i>KOL tidlig ops</i>	0	0	7500	18.750	18.750	18.750
KOL i alt	175.481	175.210	182.645	201.491	220.466	239.568
Komorbiditet KOL + dia2*	24.500	24.462	25.500	28.131	30.781	33.448

*Antallet for komorbiditet er baseret på væksten i antal KOL-patienter inkl. KOL-patienter identificeret som følge af indsats for tidlig opsporing

Honorartakst (årlig, kr., 2016-niveau)

Kronikerhonorar for diabetes type 2:	2.004,24
Kronikerhonorar for KOL:	1.794,58
Kronikerhonorar for diabetes type 2 og KOL:	2.521,67

Side 82

Honorarudbetaling

Kronikerhonoraret udbetales kvartalsvis sammen med basishonoraret, hvor der sker identifikation af patientpopulationen justeret på baggrund af død, nye patienter mv.

Honoraret udløses så længe, at almen praksis er behandlingsansvarlig for den kroniske sygdom ved patienten. Honorarudbetalingen sker i overensstemmelse med validering af antal kronikere hos den enkelte praksis, se bilag om 'overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning' for yderligere uddybning.

b. Honorarstruktur og takst

I den kommende overenskomstperiode anses honorering af denne opgaveflytning som en opstartsfase, hvor der sker særskilt honorering i forhold til hhv. diabetes, KOL og for de patienter, som har begge diagnoser.

Frem mod næste overenskomstforhandling i 2020 skal der igangsættes et arbejde med henblik på at fastlægge den ideelle fremtidige honorarmodel for den samlede opgave med behandling og opfølgning på patienter med de kroniske sygdomme, hvor det vurderes hensigtsmæssigt at flytte nuværende ambulatorieopgaver til almen praksis.

7) Sikring af relevant faglig behandling og understøttelse

a. Faglig understøttelse/beslutningsstøtte til almen praksis

Hver region tilpasser løbende relevante forløbsprogrammer på baggrund af dette program og på baggrund af sundhedsstyrelsens anbefalinger for mennesker med tværsektorielle forløb.

For at understøtte den praktiserende læge i at kunne tage behandlingsansvaret for sin kronikerpopulation skal almen praksis have øget adgang til specialistrådgivning i forhold til behandling af de mere komplicerede patienter. I udgangspunktet skal understøttelsesfunktioner, kvalitetsudviklingsfunktioner, dataunderstøttelse, rådgivningsmuligheder og rammer

for patientoverdragelse tilrettelægges af den enkelte region. Regionerne kan bl.a. benytte følgende muligheder:

Side 83

- Etablering af rådgivende telefonvagtordning på diabetescentre/lungeambulatorierne, således at almen praksis kan modtage højt specialiseret rådgivning vedrørende patienter, der behandles og kontrolleres i almen praksis
- Case gennemgang på fælles konferencer mellem praktiserende læger og specialister fra relevante hospitalsafdelinger
- Etablering af uddannelses tilbud til almen praksis inkl. praksispersonale varetaget af speciallæger- og sygeplejersker i diabetes og KOL i regi af Systematisk Efteruddannelse
- Etablering af tværfaglige møder, hvor personale fra hospitalet kommer ud til almen praksis. Her kan der blandt andet diskuteres monitorering, kvalitet, komplekse patienter, mv.
- Levering af data fra regionerne om almen praksis' KOL- og diabetespopulation med henblik på at understøtte almen praksis i arbejdet med kvalitetsudvikling og proaktive indsatser
- Konsulentunderstøttelse via de regionale kvalitetsorganisationer fx om metoder til at arbejde med kvalitetsdata

b. Sikring af relevant faglig behandling

Regionen (administrationen, hospitalet mv.) kan invitere den praktiserende læge til dialog om henvisningsmønstre, medicinudskrivelse mv. med betydning for sektorovertagelse og/eller behandlingsansvar i henhold til overholdelse af aftale om program for KOL og diabetes type 2. Regionen kan evt. rejse sag i samarbejdsudvalget om samme emner.

8) Kvalitet

Alle praktiserende læger skal arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling. I forhold til dette program skal alle praktiserende læger bl.a. arbejde med centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer for diabetes type 2 og KOL. Se beskrivelse i aftale om kvalitetsprogrammet for yderligere information om kvalitetsarbejde.

9) Implementering

Opgaveflytningen skal træde i kraft i den kommende overenskomstperiode. Omlægningen skal indføres gradvist i perioden i takt med, at hospitaler er parate til opgaveomlægningen. Alle praktiserende læger er forplig-

tede til at varetage de nye opgaver for diabetes type 2 og KOL ved underskrivelse om erklæring af klarmelding.

Side 84

Regionen laver en plan for den konkrete opgaveflytning i transitionsperioden. Den kan eksempelvis være faseopdelt, således at de forskellige hospitalsoptageområder implementerer ordningen på forskellige tidspunkter i løbet af overenskomstperioden. Se yderligere beskrivelse af implementeringsprocessen i bilag om 'Implementering og Evaluering'.

10) Opfølgning og kontrol

En udvidet opgavevaretagelse i forhold til KOL- og diabetespatienter med en forbundet merøkonomi forudsætter en omlægning af kapacitet på hospitalerne. Dette medfører et styrket behov for at sikre, at den andel af patientbehandling og opfølgning, som flyttes fra hospitalsregi til almen praksis, løftes i henhold til aftalen.

Kontrol med afregning

Gældende kontrol med afregning omfatter også disse kronikerydelser. Regionen vil bl.a. løbende følge op på, om alle diagnosticerede patienter inden for de omfattede sygdomsgrupper er registreret på kronikerhonoraret. Se uddybning i bilag om 'vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning'

11) Evaluering

I løbet af denne overenskomstperiode vil RLTN med inddragelse af PLO tage initiativ til en forskningsbaseret evaluering af, om opgaveflytningen har været succesfuld, herunder om patienter overvejende følges og behandles i almen praksis, og om den faglige kvalitet af kronikerbehandlingen i almen praksis er tilfredsstillende. Ligeledes skal evalueringen have fokus på sammenhængen til de kommunale forebyggelses- og sygeplejeindsatser. Se bilag om 'implementering og evaluering' for yderligere beskrivelse af evalueringen.

Bilag 3A til opgaveflytning:

Side 85

Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning

Kronikerhonoraret

Der vil i den kommende overenskomstperiode være tre kronikerhonorarer:

- 1) Kronikerydelse for patienter med type 2 diabetes: ydelseskode XXXX
- 2) Kronikerydelse for patienter med KOL: ydelseskode YYYY
- 3) Kronikerydelse for patienter med både KOL og type 2 diabetes: ydelseskode ZZZZ

Overgang til kronikerhonorar

Efter klarmelding skal den praktiserende læge ved førstkommende årskontrol overgå til det aftalte kronikerhonorar for alle patienter diagnosticeret med hhv. type 2 diabetes, KOL eller med begge sygdomme, hvor det praktiserende læge på det gældende tidspunkt har behandleransvaret for den kroniske sygdom. Overgangen markeres ved, at lægen afregner ydelse 0120, som efterfølgende modregnes i kronikerhonoraret.

For de patienter, som flyttes fra ambulatorier til forløb i almen praksis, skal patienter overgå til kronikerhonorar i overensstemmelse med den regionale implementeringsplan, som følger optageområderne for hospitalerne, se bilag om 'implementering og evaluering'.

For alle patienter gælder det, at efter overgang til kronikerhonorar vil alle efterfølgende årskontroller være inkluderet i kronikerhonoraret. Hvis patienten har flere kroniske sygdomme end KOL og/eller diabetes type 2, vil årskontrol for denne sygdom også være indeholdt i kronikerydelsen. RLTN skal fortsat kunne se en markering af antallet af årskontroller udført af den enkelte praktiserende læge selvom patienten er omfattet af kronikertaksten.

Registreringen af efterfølgende årskontroller sker automatisk ved, at RKKP-data vedr. diabetes type 2 og KOL leveres direkte fra systemhusene til regionerne (ikke på cpr-niveau). Herved sker en automatisk mar-

kering af antal årskontroller for hhv. KOL og diabetes type 2 udført på ydernummerniveau.

Side 86

Ydelser indeholdt i kronikerhonoraret

Følgende ydelser er inkluderet i det faste kronikerhonorar hvad enten henvendelsen vedrører den kroniske diagnose eller øvrige forhold:

- Konsultation
- Årskontrol
- Telefonkonsultation
- Emailkonsultation

Der kan således ikke afregnes enkeltvist på disse ydelser for en patient, som er omfattet af kronikerhonoraret.

I implementeringsfasen før endelig ikrafttrædelse af overenskomsten skal det undersøges, hvorvidt der kan laves en teknisk løsning, som gør, at praksis fortsætter gældende *registreringer* for afregninger på enkelttydelser for patienter omfattet af kronikerhonoraret uden, at det udløser afregning for enkelttydelser. På denne måde er der færre ændringer i arbejdsgang i praksis og vi kan fortsat få registreringer for de enkelte kontakter for alle patienter.

Overenskomstydelser, som kan afregnes i kombination med kronikerhonoraret

- Samtaleterapi
- Sygebesøg
- Tillægsydelser
- Laboratorieydelser
- Profylakseydelser
- Psykometriske tests
- Opsøgende hjemmebesøg
- Diverse lokalaftaler

Der skal laves en teknisk løsning, så den praktiserende læge kan afregne for disse ydelser sammen med kronikerhonoraret.

Honorarudbetaling

Efter den 1.4.2018 jf. milepælsplanen leverer systemhusene hvert kvartal en liste på ydernummerniveau over ICPC-koderne for KOL og diabetes type 2 (ikke på CPR-niveau) til brug for kontrol med udbetaling af kronikerhonorar. Der skal være overensstemmelse mellem *antallet* af diagnosticerede patienter med ICPC-kode og *antallet* af kronikerhonorarer på tidspunktet for udbetaling af kronikerhonorar.

Hvis der ikke er overensstemmelse mellem antal ICPC-koder og antal kronikerhonorarer, tager regionen en drøftelse med den enkelte praktiserende læge om uoverensstemmelsen. En sådan drøftelse mellem læge og region kan også finde sted ved eventuel uretmæssig brug af kronikerhonoraret så som overforbrug, underforbrug, manglende brug, uretmæssig brug af øvrige overenskomsttydelser i kombination med kronikerhonorar mv. Hvis disse drøftelser ikke fører til enighed blandt parterne kan der rejses sag i samarbejdsudvalget.

Regionen foretager hvert kvartal en opgørelse over, hvor mange patienter, som almen praksis har behandleransvaret for, og udbetaler kronikerhonorar på denne baggrund. Der skal i overenskomstperioden laves en tilfredsstillende teknisk løsning, så en markering af behandlingsansvaret kan anvendes til validering af honorarudbetaling.

Regional opfølgning

Regionen foretager – lige som i dag – løbende opfølgning og udarbejder analyser i forhold til regionens samlede sundhedsvæsen. Gældende kontrol med afregning omfatter også disse kronikerydelser. Det vil bl.a. være relevant for regionen at analysere på nedenstående faktorer:

- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes, der modtager årskontrol
- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes, der henvises til hospitaler
- Antal ambulante besøg med aktionsdiagnosen type 2-diabetes/KOL
- Antal indlæggelser og genindlæggelser blandt patienter med type 2-diabetes/KOL
- Andel af patienter med KOL eller type 2-diabetes som samtidig lider af andre kroniske sygdomme
- Henvisninger til øvrige af praksissektorens behandlere
- Henvisningsmønstre til relevante kommunale forebyggelsestilbud

Regionen følger bl.a. op på udviklingen i brug af tillægs- og laboratorieydelser for de patienter, som inkluderes i kronikerhonoraret i forhold til baseline for samme gruppe patienter. Sammenligningsgrundlaget er overenskomståret 2016/2017.

Regionerne anvender p-markeringen til at monitorere på kontaktydelser til almen praksis.

Selve kronikerhonoraret er undtaget kontrolstatistikken. Regionen vil løbende følge op på, om alle diagnosticerede patienter inden for de omfattede sygdomsgrupper er registreret på kronikerhonoraret via lister med antal ICPC-koder for diabetes type 2 og KOL.

Bilag 3B til opgaveflytning: Erklæring om klarmelding vedr. aftale om program for KOL og diabetes type 2

Hensigten med denne erklæring om klarmelding er, at alle praktiserende læger får synliggjort de vilkår og forpligtelser, som er forbundet med anvendelse af programmet for type 2 diabetes og KOL. Denne erklæring om klarmelding skal underskrives af PLO-R på vegne af en mindre gruppe praktiserende læger før anvendelsen af programmet kan træde i kraft.

Alle praktiserende læger under overenskomst for almen praksis skal være omfattet af en sådan erklæring inden 1. august 2018.

Erklæring om klarmelding i forhold til anvendelse af program om diabetes type 2 og KOL før følgende praksis:

PLO-R på vegne af

[Praksis A, Praksis B, Praksis C...]

Erklæringen er underskrevet med henblik på at sikre, at alle patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og/eller KOL fra dags dato håndteres i overensstemmelse med program for diabetes type 2 og KOL som det er beskrevet i vedlagte bilag.

Bilag til denne erklæring:

- Bilag 1: Program for diabetes type 2 og KOL
- Bilag 2: Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning
- Bilag 3: Implementering og evaluering

Side 89

Efter underskrevet erklæring om klarmelding til anvendelse af programmet skal den enkelte praktiserende læge afregne kronikerhonorar ved førstkommende årskontrol for alle eksisterende patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL, hvor almen praksis i dag har behandlingsansvaret.

For de patienter, hvis forløb flyttes fra hospitalet til behandlingsansvar i almen praksis, sker opstart af programmet for diabetes type 2 og KOL i overensstemmelse med den regionale implementeringsplan vedtaget i praksisplansudvalget.

Overholdelse af aftale

Hvis aftalen om efterlevelse af program for diabetes type 2 og KOL ikke overholdes – fx som følge af uretmæssig brug af kronikerhonoraret eller ved manglende varetagelse af den aftalte opgave – efterprøves forholdet i Samarbejdsudvalget.

Vilkår for denne aftale

Ved udgangen af 2019 vil RLTN tage stilling til, om opgaven vedr. de udflyttede forløb for patienter med diabetes type 2 og KOL – inkl. den aftalte merøkonomi til området – fortsat skal være placeret i almen praksis. Ligeledes vil RLTN her vurdere, om eventuelt flere opgaver vedr. andre kronikergrupper skal flyttes til almen praksis fremadrettet. En udflytning af eventuelle yderligere kronikergrupper kan kun ske efter aftale med PLO.

Bilag 3C til opgaveflytning: Implementering og Evaluering

Opgaveflytningen skal træde i kraft i den kommende overenskomstperiode. PLO-R skal på vegne af en mindre gruppe praksis underskrive en erklæring om klarmelding senest 1. juli 2018. Herefter indføres omlægningen gradvist i perioden i takt med, at almen praksis og hospitaler er para-

te til opgaveomlægningen. Alle praktiserende læger skal varetage de nye patientforløb flyttet fra hospitalerne inden d. 1. juli 2020.

Side 90

a. National og regional governance i implementeringsfasen

Den enkelte region skal lave en plan for, hvordan den konkrete opgaveflytning i regionen skal foregå. Bl.a. er der på de enkelte hospitaler et behov for en tidsperiode til at tilpasse kapacitet, budgetter og etablere rådgivningstilbud.

Implementeringsplanen kan eksempelvis være faseopdelt, således at de forskellige hospitalsoptageområder implementerer ordningen på forskellige tidspunkter i løbet af overenskomstperioden.

Parallelt med den faseopdelte implementering skal regioner, kommuner og PLO-R drøfte og tilrettelægge de decentrale elementer i aftalen, eksempelvis snitfladebeskrivelser, efteruddannelsestilbud, understøttelse, kvalitetsudviklingsaktiviteter mv.

De forskellige parter og udvalg for de konkrete drøftelser er skitseret nedenfor:

Parter	Udvalg	Instrument	Indhold
RLTN-PLO	-	Forhandlingsaftale	Centrale rammevilkår
Danske Regioner - PLO	Partsmøder	-	Løbende drøftelse af fremdrift, bl.a. med udgangspunkt i de mål, som evalueringen også anvender
PLO-R på vegne af et mindre antal praksis	Regional administration	Underskrevet erklæring om klarmelding til anvendelse af programmet	Vilkår for opgavevaretagelse mv.
PLO-R, region, kommuner	Sundhedskoordinationsudvalg	Forløbsprogram	Tilretning af stratificeringskriterier og samarbejdsflader mv.
PLO-R, region, kommuner	Praksisplanudvalg	Implementeringsplan (skal ikke indgå i den underliggende aftale)	Decentral tilrettelæggelse Overordnet tids- og procesplan for implementering Andet
Hospitaler, PLO-K / PLO-R, kommuner	Regionalt hospitalsudvalg, fx Samordningsudvalg	Lokal indfasningsplan	Invertering / opgaveoverdragelse

En vellykket implementering forudsætter opbygning af kompetencer og organisation i almen praksis. Det er almen praksis' eget ansvar at foretage eventuelle nødvendige ændringer i klinikken i overensstemmelse med den ændrede opgavevaretagelse.

Side 91

b. Beskrivelse af en regional implementeringsplan

Forud for en fuld implementering i 2020 går en transitionsperiode, som indebærer en gradvis omlægning i almen praksis af behandling af nuværende diabetes/KOL-patienter i forhold til kronikerhonorar og en indfasning af opgaven i relation til flytning af patienterne fra ambulatorierne.

Regionen laver en plan for den konkrete opgaveflytning i transitionsperioden. Den kan eksempelvis være faseopdelt på følgende måde:

	Læger i optageområde A	Læger i optageområde B	Læger i optageområde C	Læger i optageområde D
Optageområde A	1.3.2018 – 1.9.2018			
Optageområde B		1.9.2018-1.3.2019		
Optageområde C			1.3.2019 – 1.9.2019	
Optageområde D				1.9.2019 – 1.3.2020

Den regionale implementeringsplan skal desuden tage højde for, hvordan en systematisk flytning af patienter fra ambulatorier til almen praksis muliggøres. Konkret skal der foretages en inventering af de patienter, der i dag er tilknyttet hospitalsambulatorier. Inventeringen kræver samarbejde mellem ambulatorier og almen praksis. Det kan være ambulatorierne alene, der gennemgår deres patienter i forhold til stratificeringskriterier og afgør hvilke patienter, der potentielt kan flyttes til almen praksis. Nærmere fremgangsmåde for inventeringen skal besluttes i et relevant lokalt hospitalsudvalg.

Flytningen af patienter sker i henhold til regionens implementeringsplan. Den konkrete flytning af patienter sker i dialog mellem hospitalsafdeling og den praktiserende læge. I den forbindelse er det vigtigt også at inddrage patienterne, så der sikres forståelse for, hvorfor patienten flyttes til videre behandling i almen praksis. Det er væsentligt i denne proces, at der

for både patienter, praksispersonale og praktiserende læger er nem adgang til at få afklaring og rådgivning fra ambulatoriet.

Side 92

I transitionsperioden skal den nuværende mulighed for ambulant kontrol af kronikere på hospitalet opretholdes i en relevant skalering.

Ligeledes skal regionerne sikre, at (nogle) hospitaler fortsat har den rette kapacitet og ekspertise på de endokrinologiske afdelinger og de lunge-medicinske afdelinger til at kunne varetage den mest komplicerede behandling samt de akutte tilfælde. Det vil typisk også være her, hvor praksispersonale og den praktiserende læge vil henvende sig for råd og vejledning, hvis der skulle være spørgsmål i forhold til det enkelte patientforløb i almen praksis.

En mulig tidsplan for at sikre sammenhæng mellem governance og implementering kunne se således ud:

	2018	2019	2020
Idekatalog for specialistunderstøttelse	x		
PPU vedtager implementeringsplan og øvrige decentrale vilkår i relation til opgaveflytningen	x		
Implementering i optageområder	x	x	x

c. Regional opfølgning på opgaveflytning

Implementering, lokal tilpasning, tilrettelæggelse og opfølgning i forhold til fremdrift forankres i de regionale Praksisplanudvalg. Her tages også drøftelser om snitflader, optimering af samarbejde på tværs af sektorer mv. og der skal være en løbende dialog mellem praktiserende læger og region/kommuner om eventuelle forbedringsmuligheder, som bl.a. skal bidrage til at skabe et grundlag for prioriteringer både centralt og i almen praksis.

Herudover vil regionerne løbende monitorere, om stratificeringskriterierne i de regionale forløbsprogrammer følges af alle sektorer, og om nødvendigt iværksætte relevante initiativer for at sikre korrekt stratificering. De opfølgningsmål, som har betydning for snitflader til kommunerne, drøftes i praksisplansudvalgene.

d. Evaluering

En udvidet opgavevaretagelse i forhold til KOL- og diabetespatienter med en forbundet merøkonomi forudsætter en omlægning af kapacitet på hospitalerne. Dette medfører et styrket behov for at sikre, at den andel af patientbehandling og opfølgning, som flyttes fra hospitalsregi til almen praksis, løftes i henhold til aftalen.

RLTN vil ved udgangen af 2019 tage stilling til, om opgaven vedr. de udflyttede forløb for patienter med diabetes type 2 og KOL – inkl. den aftalte merøkonomi til området – fortsat skal være placeret i almen praksis. Ligeledes vil RLTN her vurdere, om eventuelt flere opgaver vedr. andre kronikergrupper skal flyttes til almen praksis fremadrettet. En udflytning af eventuelle yderligere kronikergrupper kan kun ske efter aftale med PLO.

Forskningsbaseret evaluering

I løbet af denne overenskomstperiode vil RLTN med inddragelse af PLO evaluere, om opgaveflytningen har været succesfuld, herunder om patienter overvejende følges og behandles i almen praksis, og om den faglige kvalitet af kronikerbehandlingen i almen praksis er tilfredsstillende. Ligeledes skal evalueringen have fokus på sammenhængen til de kommunale forebyggelses- og sygeplejeindsatser.

Denne evaluering skal være forskningsbaseret. Forskningsdesignet skal afstemmes med regionerne, og en analyse bør blandt andet afdække hvilken betydning, som omlægningen får bl.a. for den kliniske kvalitet i patientbehandling. En forskningsbaseret undersøgelse af omlægningens konsekvenser kan desuden hensigtsmæssigt indeholde anbefalinger til en tilpasset fremadrettet model.

Evalueringen skal blandt andet indeholde følgende mål på aggregeret niveau:

- Gældende RKKP indikatorer for KOL og diabetes type 2
- Andel/antal patienter der har type 2-diabetes/KOL fordelt på alder og socio-økonomi
- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes der modtager årskontrol
- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes der henvises til hospitaler

- Antal ambulante besøg med aktionsdiagnosen type 2-diabetes/KOL
- Antal indlæggelser og genindlæggelser blandt patienter med type 2-diabetes/KOL
- Andel af patienter med KOL eller type 2-diabetes som samtidig lider af andre kroniske sygdomme
- Antal/andel ajourførte FMK
- Patienttilfredsundersøgelser
- Henvisningsmønstre til relevante kommunale tilbud

Bilag 4. Fastlæggelse af fremtidig model for kronikerhonorar

Kommissorium

Opgaver vedrørende patienter med diabetes type 2 og KOL honoreres via et fast honorar, som indeholder merøkonomien vedr. de udflyttede sygehusopgaver samt hovedparten af den aktivitet, som relaterer sig til patienternes ressourcetræk i almen praksis, helt specifikt konsultationsydelsen, email- og telefonkonsultationer samt aftalt specifik forebyggende indsats. Hertil udbetales for alle diabetes 2 og KOL patienter fortsat basishonorar og de resterende aktivitetshonorerede ydelser. Der afregnes særskilt for KOL-patienter, diabetes-patienter og patienter, der både har KOL og diabetes. Det vil sige via tre forskellige honorartyper.

PLO og RLTN er enige om, at honorarstrukturen skal understøtte en populationsbaseret tilgang til patienten. Der ønskes en bevægelse væk fra aktivitetsgenereret økonomi så lægen i højere grad tager aktivt stilling til, hvilken aktivitet, der giver mest værdi for den enkelte patient med udgangspunkt i patientens sygdomssituation, livssituation og egenomsorgsevner. Det er desuden et hensyn, at en fremadrettet model skal være let at administrere for såvel praktiserende læge som regionen.

Der er behov for i overenskomstperioden at fastlægge en endelig honorarmodel for patienter med kroniske sygdomme i almen praksis. Modellen skal tage højde for, at almen praksis fremadrettet eventuelt kommer til at varetage flere opgaver relateret til andre kroniske sygdomme og multisyge og bør derfor indeholde de synergieffekter, der er forbundet med at samle kronikerbehandlingen i almen praksis.

Forslag skal udarbejdes med udgangspunkt i, at de eksisterende opgaver udføres indenfor eksisterende økonomi, og må således ikke i sig selv have udgiftsdrivende konsekvenser ved implementering. Modelforslagene skal tage højde for en samlet økonomisk styring, således at et øget antal patienter i sig selv ikke genererer merøkonomi i den offentlige sektor.

Der foreslås nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af personer udpeget af Danske Regioner og PLO. Arbejdsgruppen kan inddrage ekspertviden f.eks. ved bestilling til eksterne konsulenter, som kan afsætte dedikerede ressourcer til modeludvikling. Der kan også inddrages eksperter på ad hoc basis. Endeligt kan arbejdet inddrage erfaringer fra andre lande.

Kommissoriet skal i løbet af første halvår 2018 uddybes i forhold til formål, tidsplan, deltagere og leverancer.

Arbejdsgruppen har som minimum tre opgaver:

1. Arbejdsgruppen skal kortlægge fordele og ulemper ved den i OK-17 valgte model for honorering af diabetes type 2 og KOL. Opgaverne behøver ikke at være fuldt udrullet i den periode.
2. Arbejdsgruppen skal udarbejde modelforslag til en fremtidig honorarmodel for kronikere, der eventuelt indeholder flere kroniske sygdomsgrupper. Arbejdet kan eksempelvis munde ud i forskellige forslag med tilhørende beskrivelse af fordele og ulemper.
3. Der skal i arbejdet peges på, hvilke data der er behov for i en model, hvor der ikke ydelsesafregnes for alle patientkontakter. Herunder også hvordan data tilvejebringes.

Arbejdsgruppen skal afrapportere inden december 2019 med henblik på at spille forslag og resultater ind i næste overenskomstforhandling.

1. Indledning

I forlængelse af principaftale mellem PLO og RLTN fra 2008 har parterne et fælles ønske om mere efteruddannelse, der kan sikre, at alle praktiserende læger vedligeholder deres kompetencer. Efteruddannelse af praktiserende læger indeholder derfor såvel en systematisk kollektivt anlagt efteruddannelse, som en selvvalgt individuel efteruddannelse og en gruppebaseret regional efteruddannelse.

Den systematiske efteruddannelse skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livslangt efteruddannelsesforløb inden for aftalte temaer med fokus på evidensbaseret medicin og med relevans for patienter og samfund. Den systematiske efteruddannelse skal derudover bidrage til, at de praktiserende læger på en systematisk måde opbygger kompetencer, der er målrettet udviklingen i sundhedsvæsenet og patienternes behov.

Temaerne i den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis og skal som udgangspunkt ligge inden for målbeskrivelsen for almen medicin.

Den selvvalgte og gruppebaserede efteruddannelse (DGE-ordningen) skal være et supplement til den systematiske efteruddannelse, der skal sikre, at de praktiserende læger får adgang til mere individuelt og regionalt tilpasset efteruddannelse.

Endvidere skal tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonale inden for diabetes type 2 og KOL medvirke til at styrke almen praksis' rolle i opgavevaretagelsen af disse patientgrupper.

2. Organisering

Efteruddannelse er organiseret under Fonden for Almen Praksis. Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for efteruddannelsesaktiviteter. Bestyrelsen udpeger et fagligt efteruddannelsesudvalg, hvortil der knyttes et antal lægefaglige konsulenter samt nedsætter en koordinationsgruppe for efteruddannelse. PLO varetager sekretariatsbetjeningen af koordinationsgruppen, det faglige efteruddannelsesudvalg og konsulenterne og løser de administrative opgaver, der er i forbindelse med godkendelse og refusion ved deltagelse i efteruddannelse.

Desuden varetager de regionale efteruddannelseskoordinatorer en opgave i forhold til rådgivning og opfølgning i forbindelse med lægernes tilskudsberettigede 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 efteruddannelse og skal således:

- Løbende fastlægge temaer for den systematiske efteruddannelse, således at temaerne løbende kan skiftes ud og erstattes med nye temaer, 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 sekretariatskoordinationsgruppen i samarbejde med det faglige efteruddannelsesudvalg.
- 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.
- Have adgang til samtlige informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, kursusbeskrivelser og andre efteruddannelsesaktiviteter, under den tilskudsberettigede efteruddannelse.
- 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, hvis der ikke er enighed i det faglige efteruddannelsesudvalg om at indstille kurser til godkendelse. Fondsbestyrelsen kan også til enhver tid tage sager op af egen drift.
- Kunne tage stilling til om konkrete kurser forsat kan godkendes. Godkendelse forudsætter enighed i fondsbestyrelsen.
- Behandle ankesager fra ansøgere, der har fået afslag fra det faglige efteruddannelsesudvalg.

2.2. Sekretariatsfunktion i relation til efteruddannelse

Sekretariatsfunktionen i PLO har ansvaret for at sekretariatsbetjene såvel det faglige efteruddannelsesudvalg, koordinationsgruppen for efteruddannelse, som de konsulenter, der varetager opgaver i forbindelse med godkendelse. 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 Fagligt Efteruddannelsesudvalg
- Indkalde til møder i Koordinationsgruppen for Efteruddannelse
- Registrere tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter

- Modtage ansøgninger om tilskud til efteruddannelse
- Videresende ansøgninger til konsulenter og eventuelt Fagligt Efteruddannelsesudvalg
- Give besked til ansøgere om afgørelser
- Foretage udbetaling af tilskud
- Foretage stikprøvekontrol
- Udarbejde årsrapporter til Fondsbestyrelsen
- Udarbejde budget og regnskab til Fondsbestyrelsen i forhold til efteruddannelsessekretariatet, samt ind- og udbetalinger til Fonden for Almen Praksis
- Foretage evaluering af den systematiske efteruddannelse
- Bistå sekretariatskoordinationsgruppen i relation til opgaver vedrørende efteruddannelse

Til sekretariatet i PLO knyttes et antal alment praktiserende læger, som konsulenter, der henholdsvis godkender kurser, der åbenlyst ligger inden for de gældende retningslinjer, og som varetager opgaver i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse. Fondsbestyrelsen orienteres løbende om de godkendelser, der foretages af konsulenterne, samtidig med, at de orienteres om godkendelser fra Fagligt Efteruddannelsesudvalg.

2.3. Det faglige efteruddannelsesudvalgs opgaver

Fagligt Efteruddannelsesudvalg bedømmer i henhold til Fondsbestyrelsens retningslinjer konkrete ansøgninger/efteruddannelsesaktiviteter indenfor såvel den selvvalgte og systematiske efteruddannelse, som den tilskudsberettigede efteruddannelse til praksispersonale, der ikke åbenlyst ligger inden for fondens godkendelseskriterier.

Fondsbestyrelsen udpeger medlemmer til det faglige efteruddannelsesudvalg. Medlemmerne skal være alment praktiserende læger. Udpegningen sker efter indstilling fra bestyrelserne i PLO og DSAM. DSAM varetager formandsskabet for det faglige efteruddannelsesudvalg.

2.4. Koordinationsgruppen for efteruddannelses opgaver

Koordinationsgruppe for efteruddannelse har til opgave at sikre en national og regional koordination af den tilskudsberettigede efteruddannelse. Kommissorium for koordinationsgruppen godkendes af fondsbestyrelsen. Koordinationsgruppen sekretariatsbetjenes af efteruddannelsessekretariatet i PLO.

Koordinationsgruppen nedsættes af bestyrelsen i Fonden for Almen Praksis. Koordinationsgruppens medlemmer består af de fem regionale DGE-koordinatorer, samt 5 repræsentanter udpeget af regionerne samt

relevante personer fra de regionale kvalitetsenheder. Derudover deltager to repræsentanter fra sekretariatskoordinationsgruppen.

Side 100

2.5 Efteruddannelseskoordinatorernes opgaver

De regionale efteruddannelseskoordinatorer skal medvirke til, at den praktiserende læge får oplysninger om relevant efteruddannelse regionalt såvel som nationalt, der bl.a. skal ses i forlængelse af arbejdet med datadrevet kvalitetsudvikling og behovet for kompetenceudvikling i den enkelte praksis. Koordinatorerne varetager desuden en rolle i forhold til at understøtte, at de praktiserende læger deltager i systematisk efteruddannelse. Koordinatorerne har adgang til oplysninger om læger, der ikke deltager i den systematiske efteruddannelse.

3. Indholdet i den tilskudsberettigede efteruddannelse

3.1. Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter inden for en række aftalte og prioriterede temaer, som 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.

Det er afgørende, at efteruddannelsesaktiviteterne ligger tydeligt inden for rammerne af almen praksis' opgaveområde og inden for overenskomstens rammer. Sekretariatskoordinationsgruppen udarbejder i samarbejde med det faglige efteruddannelsesudvalg en liste med mulige emner og temaer, der kan indgå i den systematiske efteruddannelse inden bestyrelsesmøderne i fonden.

Efteruddannelsessekretariatet i PLO og Koordinationsgruppen for efteruddannelse skal sikre, at der udbydes systematisk efteruddannelse, som er udgiftsneutral for deltagerne. For at opnå en fleksibel tilrettelæggelse af den systematiske efteruddannelse kan der også udbydes aktiviteter med deltagerbetaling efter samme praksis som den selvvalgte efteruddannelse, hvor udbetaling af tilskud sker i henhold til vejledning om tilskudsberettiget efteruddannelse. Det giver mulighed for, at den systematiske efteruddannelse kan indgå som en del af et længere efteruddannelsesforløb.

Der er enighed om, at praktiserende læger ikke behøver deltage i efteruddannelsesaktiviteter inden for den systematiske efteruddannelse, hvis

de har deltaget i tilsvarende kurser eller efteruddannelsesaktiviteter inden for de seneste 2 år, herunder forskning og praksisnære aktiviteter.

Side 101

Fondsbestyrelsen 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 bestyrelsens beslutning om valg af temaer. Aktiviteter inden for den systematiske efteruddannelse kan både være eksisterende kurser, 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 nyudvikle efteruddannelsesaktiviteter, hvis der skal efteruddannes inden for temaer, der endnu ikke er omfattet af det eksisterende udbud.

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. Denne efteruddannelse kan gennemføres i form af kurser, deltagelse i den gruppebaserede efteruddannelse (DGE) eller lignende aktiviteter (konferencer, e-læring o.lign.), herunder praksisnære aktiviteter.

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

3.3 Efteruddannelse for praksispersonale

Praksispersonale kan deltage i tilskudsberettiget efteruddannelse, hvor aktiviteterne omhandler behandlingen af borgere med diagnoserne diabetes type 2 og KOL. Tilskuddet dækker kursusudgifter svarende til 3100 kr. og transportudgifter, som dækkes med max. 1.500 kr. pr. kursusaktivitet.

3.4 Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE)

En del af den tilskudsberettigede efteruddannelse kan, som nævnt, ske i den regionalt forankrede DGE-ordning. Den overordnede målsætning for DGE- og efteruddannelsesvejlederordningen er, at alle læger sikres lokale, varierede og planlagte efteruddannelses tilbud med direkte relevans for den enkelte læges virke og tilpasset de lokale og regionale forhold. DGE og efteruddannelsesvejlederne er organiseret som en del af regionernes kvalitets- og efteruddannelsesindsats. Vejlederne ansættes af regionerne efter beslutning i et paritetisk sammensat ansættelsesudvalg. Den konkrete tilrettelæggelse af arbejdet i DGE- og vejlederordningen besluttet i de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg.

For at sikre en national koordinering udpeges der en DGE-koordinator fra hver region blandt de ansatte vejledere. Derudover ansættes en national koordinator i efteruddannelsessekretariatet i PLO.

Side 102

3.5 Ankemuligheder ved afslag

Ved afslag på ansøgninger kan udbyder/deltager anke afgørelsen til det faglige efteruddannelsesudvalg med et ønske om, at ansøgningen vurderes igen. Afviser det faglige efteruddannelsesudvalg anken, kan afgørelsen ankes til fondsbestyrelsen, som træffer en endelig afgørelse.

3.6 Opfølgning

Fonden for Almen Praksis foretager en opfølgning over for læger, der ikke deltager i systematisk efteruddannelse inden for en 2-årig periode. Opfølgningen skal ske gennem skriftlig henvendelse til lægen på vegne af parterne med en opfordring om at deltage i systematisk efteruddannelse. Dette vil ske en gang årligt med opfordring til, at manglende systematisk efteruddannelse afvikles i det pågældende år.

Hvis en skriftlig henvendelse ikke medfører efteruddannelsesaktivitet eller en plan om afvikling af systematisk efteruddannelse, skal der ske en telefonisk henvendelse til lægen et kvart år inden periodens udløb. Opfølgningen foretages af sekretariatskoordinationsgruppen. Parterne drøfter herefter tiltag over for læger, der fortsat ikke deltager i systematisk efteruddannelse, eventuelt med henblik på at oversende sagen til Samarbejdsudvalget, som kan tage stilling til sanktioner for manglende efterlevelse af overenskomsten.

Kvalitets og efteruddannelsesudvalget i regionerne orienteres om denne opfølgning, med oplysninger om antallet af læger, der ikke deltager i efteruddannelse på et aggregeret niveau.

4. 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 tilgår de regionale efteruddannelseskoordinatorer kvartalsvis.

4.1. Årsrapporter

Efteruddannelsessekretariatet udarbejder årligt en opgørelse til fondsbestyrelsen 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 til Koordinationsgruppen for efteruddannelse til orientering.

4.2. 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 som en stikprøvekontrol, hvor 10% af alle udbetalinger udtages til stikprøvekontrol.

5. Indbetalinger til Fonden

Regionerne indbetaler årligt 18,03 kr. pr. gruppe 1-sikret til efteruddannelse for lægerne, jf. § 99, stk. 1c. Udgifter til tilskudsberettiget efteruddannelse til praksispersonale tages fra egenkapitalen. Der forventes et træk på 80 % for systematisk og 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 deltage i tilbud om 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 taksterne og afsætte yderligere midler til efteruddannelse. En justering af taksterne og forbrug af formuen kræver enighed i fondens bestyrelse. Indbetalingerne til fonden, samt et træk på fondens formue, svarer til 3 dages systematisk efteruddannelse årligt.

Læger tildeles en personlig konto til dækning af udgifter i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse. Grundbeløbet er for den selvvalgte efteruddannelse fastsat til 15.800 kr. årligt pr. læge, mens det for den systematiske efteruddannelse er fastsat til 23.700 kr. årligt pr. læge.

Satser for udbetaling af aktiviteter fra 1. januar 2018	
Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursusdag – systematisk efteruddannelse	4.500 kr.
Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursusdag – systematisk efteruddannelse	2.600 kr.
Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag	Max 2.400 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.
Gruppemøde på hverdage med start kl. 15.00 eller tidligere	1.150 kr.
Gruppemøde på hverdage med start efter kl. 15.00 eller i weekender	600 kr.
Studiemateriale	Max 25 % af rådighedsbeløbet
Der ydes refusion for tabt arbejdsfortjeneste i den selvvalgte efteruddannelse for aktiviteter, der gennemføres i tidsrummet 08.00 til 18.00. Efteruddannelsesaktiviteten skal dog som minimum have en varighed på 3 timer for at blive godkendt til en halv dags tabt arbejdsfortjeneste, og minimum 6 timer for at blive godkendt som en hel dags tabt arbejdsfortjeneste. For den systematiske gruppebaserede efteruddannelse udbetales tabt arbejdsfortjeneste for efteruddannelsesaktiviteter i tidsrummet mellem kl. 08.00 og 20.00. <i>* For Lægedage gælder, at der kan refunderes op til 2.000 kr. i transport.</i>	

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. Lægen kan kun udskyde trækket med et år.

6. Økonomiske konsekvenser

I det følgende redegøres for de administrationsomkostninger, der er forbundet med varetagelse af den samlede efteruddannelsesopgave for efteruddannelsessekretariatet i PLO.

6.2. Administrations- og driftsomkostninger til Efteruddannelsessekretariatet

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
- Udgifter til IT-support og vedligeholdelse af systemer
- Udgifter til ledelse af sekretariat i PLO
- Evt. udgifter til håndtering af meritgodkendelser
- Evt. udgifter til håndtering af tilmeldinger og fakturering til aktiviteter under systematisk efteruddannelse
- Evt. udgifter til håndtering af booking og tilrettelæggelse af aktiviteter under systematisk efteruddannelse

Bilag 6. Projekt for forbedring af den digitale kommunikation

Side 106

Projektets formål

Der igangsættes i første halvår af 2018 et projekt, der har til formål at forbedre den elektroniske kommunikation i almen praksis. Det omfatter epikriser fra sygehusene til almen praksis, korrespondancerne fra kommunerne til almen praksis og henvisningerne fra almen praksis til sygehusene.

Projektets indhold

Projektet kører i fire spor:

1. Revision af vejledning

Epikrise-vejledningen opdateres af Styrelsen for Patientsikkerhed, bl.a. med en klarere beskrivelse af ansvarsoverdragelsen samt af hvilke oplysninger, der skal indgå i epikrisen, herunder hvordan oplysningerne bedst understøtter overdragelsen, samt hvordan overflødige oplysninger begrænses. Tilsvarende vejledninger for henvisninger og korrespondance gennemgås og opdateres, såfremt det er nødvendigt.

Parallelt hermed udarbejder regionerne en vejledning til sygehuslægerne for, hvordan den aftalte styrkelse af opfølgningen ved sektorovergange effektueres.

2. IT-udvikling og implementering

Der igangsættes et konkret arbejde under ledelse af MedCom, hvor der udvikles en opdatering af de eksisterende standarder for epikrisen baseret på anbefalingerne fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Løsningen skal indeholde en tydelig markering af, hvorvidt en modtaget epikrise er til orientering, almindelig opfølgning eller akut opfølgning, fx en trafiklysmodel. Samtidigt skal muligheden for at indsætte et unikt løbenummer (UUID) i epikrisen undersøges. Den valgte løsning skal udvikles og implementeres i de lokale systemer, dvs. hhv. i almen praksis og i de regionale systemer.

3. Kultur- og læringsprojekt

Styrelsen for Patientsikkerhed igangsætter i samarbejde med Danske Regioner en uddannelsesindsats for bedre elektronisk kommunikation i form af læringsaktiviteter og tilsynsaktiviteter (på sygehusene).

4. Analyse af forbedrede henvisninger og korrespondancer

Side 107

Mulighederne og forudsætningerne for at forbedre de tekniske standarder for henholdsvis henvisninger og korrespondancer, skal undersøges nærmere. Analysen forankres i MedCom, der udarbejder anbefalinger til justering og opdatering.

Organisering

Projektet følges af en tværgående følgegruppe deltagelse af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, PLO, MedCom, Sundheds- og Ældreministeriet og Styrelsen for Patientsikkerhed (formand).

Under hvert spor udpeges en projektleder. Projektlederen for spor 1 og 3 findes i Styrelsen for Patientsikkerhed, mens projektlederen for spor 2 og 4 findes i MedCom. Samtidig nedsættes, der en projektgruppe for hver af de fire spor. Sammensætningen aftales i den tværgående følgegruppe.

Tidsplan

År	Spor
2017/18	Revision af vejledning
2018-2019	IT-udvikling og implementering
2018-2019	Kultur- og læringsprojekt
2018	Analyse af forbedrede henvisninger og korrespondancer

Bilag 7. Milepælsplan for adgang til data

Side 108

Der har siden foråret 2016 været en dialog i gang om at få genoprettet dataindberetning fra almen praksis til de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Dialogen er nu så langt, at parterne er enige om at indgå aftale om en *milepælsplan*, som i første omgang har fokus på at bringe almen praksis på niveau med aktiviteterne før lukning af DAMD. Efterfølgende kommer der fokus på at idriftsætte en række nye indberetninger og andre it-understøttende og datarelaterede kvalitetstiltag.

Begrundelsen for at skelne mellem *genopretning* og nye fokusområder er den, at genopretningen kræver en ekstraordinær indsats af de involverede parter – herunder systemhusene, RKKP, DAK-E m.fl. – for at få implementeringen af fx diabetesindberetningen til at passe sammen med allerede aftalte og planlagte opdateringer af lægernes it-systemer. Implementeringen af indberetninger til nye kvalitetsdatabaser kræver dels faglige afklaringer – som sikrer at kvalitetsindikatorerne passer til almen praksis – dels tæt koordinering med øvrige it-projekter som ønskes implementeret i lægernes it-systemer, fx digitale forløbsplaner, beslutningsstøtte og CAVE.

I oversigtsform består milepælsplanen af følgende aktiviteter og frister:

MILEPÆLSPLANEN – DEL 1 (GENOPRETNING)				
Type	Data	Fase 1 (Faglig afklar- ing)	Fase 2 (Teknisk impl.)	Release- tidspunkt
INDBERETNING	RKKP/DIA		01-04-2017 til 01-10-2017	01-10-2017 påbegyn- des lægernes indbe- retning fra eget system til RKKP
INDBERETNING	RKKP/KOL	01-07-2017 til 01-10-2017	01-10-2017 til 01-04-2018	01-10-2017 påbegyn- des lægernes indbe- retning fra eget system til RKKP
INDIKATOR- RAPPORTER	KOL + DIA			01-10-2017 kan læ- gerne trække indika- torrapporter i eget sy- stem
BENCHMARK	KOL+DIA			01-04-2018 får læger- ne adgang til RKKP- løsning og kan se benchmark op mod egne KOL + DIA data
FORSKNING	KOL + DIA	01-10-2017 til 01-04-2018	01-04-2018 til 01-10-2018	01-10-2018 skabes der forskeradgang til KOL + DIA fra almen prak- sis via RKKP eller SDS
BORGERNES ADGANG TIL EGNE DATA	UDVALGTE DATA	01-10-2017 til 01-04-2018	01-04-2018 til 01-10-2018	01-10-2018 er sy- stemhusene klar til at udstille det aftalte da- tasæt jf. fase 1.
ICPC-RAPPORT Version 1	ICPC- KODER (knyttet til T89/T90 og R95)	01-10-2017 til 01-12-2017	01-04-2018 til 01-10-2018	01-04-2018 er flere systemhuse klar til at udstille/aflevere ICPC-RAPPORT_v1 i aftalt format jf. fase 1.

Bemærkninger til milepælsplanen - del 1

Da håndtering af 'kvalitetsdata' i almen praksis i fremtiden er tæt knyttet sammen med lægens almindelige journalsystem, er de benyttede skærringsdatoer i milepælsplanen afstemt med de datoer (årshjul) som it-leverandørerne benytter efter aftale med bl.a. MedCom.

Indikatorrapporterne, som lægerne vil kunne trække i eget system fra 01-10-2017, udgør en ny generation af kvalitetsrapporter baseret på de data som indberettes – i første omgang KOL og Diabetes. I takt med at nye indberetning idriftsættes, jf. milepælsplanens del 2, udbygges antallet af indikatorrapporter

Hvilke sundhedsdata fra almen praksis som skal være omfattet af borger- nes adgang til 'egne data' via sundhed.dk, skal afklares og afstemmes med de oplysninger, som allerede er tilgængelig for borgeren på sundhed.dk. Der skal etableres en teknisk løsning via sundhed.dk, hvor præ- sentationen af 'egne data' fra almen praksis sker som midlertidig visning og efter anmodning fra borgeren selv.

Jf. Sundhedslovens bekendtgørelse om bl.a. kodning i almen praksis, påhviler det den praktiserende læge ”at foretage ICPC-kodning af alle henvendelser vedrørende diagnoserne kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-karsygdomme, kræft, diabetes og ikke-psykotiske, psykiske lidelser”.

Håndteringen af bekendtgørelsens bestemmelser om ICPC-kodning og rapportering heraf til regionerne, sker i første omgang som en ICPC-rapport knyttet T89, T90 og R95. Format og afleveringssted afklares i fase 1 af milepælsplanens del 1. Med hensyn til de øvrige ICPC-diagnoseområder skal der ske en faglig afklaring og afgrænsning, hvorfor der forventes en version 2 af ICPC-rapporterne i milepælsplanens del 2.

Udbygning

Milepælsplanens anden del består af følgende aktiviteter og frister:

MILEPÆLSPLANEN – DEL 2 (UDBYGNING)				
Type	Data	Fase 1 (Faglig afklaring)	Fase 2 (Teknisk impl.)	Release-tidspunkt
INDBERETNING	RKKP/ HJERTE	01-01-2018 til 01-04-2018	01-04-2018 til 01-10-2018	01-10-2018 påbegyndes lægernes indberetning fra eget system til RKKP
INDBERETNING	RKKP/ ATRIEFLIMREN	01-01-2018 til 01-04-2018	01-04-2018 til 01-10-2018	01-10-2018 påbegyndes lægernes indberetning fra eget system til RKKP
INDBERETNING	RKKP/ ASTMA	01-01-2018 til 01-04-2018	01-04-2018 til 01-10-2018	01-10-2018 påbegyndes lægernes indberetning fra eget system til RKKP
INDIKATORER-	Stress, Angst og Depre.	01-04-2018 til 01-10-2018		Modtager database skal afklares
ICPC-RAPPORT Version 2	ICPC-KODER (øvrige områder)	01-01-2018 til 01-04-2018	01-04-2018 til 01-10-2018	01-10-2018 er systemhusene klar til at udstille/aflevere ICPC-RAPPORT_v2 i aftalt format jf. fase 1.

Bemærkninger til milepælsplanen - del 2

Endelige frister for teknisk implementering af nye indberetninger til tre RKKP databaser afklares i forbindelse med de faglige drøftelser i fase 1. Samtidig skal den tekniske implementering koordineres tæt med en række andre it-løsninger, som parterne også ønsker bygget ind i lægens it-system. Det drejer sig blandt om digitale forløbsplaner og sidenhen elektronisk beslutningsstøtte på medicinområdet samt indberetning til et nationalt CAVE-register. Der sigtes dog mod, at de nye indberetninger til RKKP er idriftsat inden udgangen af 2018 (01-10-2018).

Det har tidligere været forsøgt at aftale implementering af kvalitetsindikatorer for arbejdet med stress, angst og depression i almen praksis. Der skal i fase 1 (01-01-2018 til 01-10-2018) ske en fornyet faglig vurdering af, om der kan udvikles almen medicinske kvalitetsindikatorer for dette område.