

REGIONERNES LØNNINGS-
OG TAKSTNÆVN

PRAKTISERENDE LÆGERS
ORGANISATION

OVERENSKOMST
om
almen praksis

Af 03-06-1991,
senest ændret ved aftale af
01-03-2014

INDHOLDSFORTEGNELSE

KAPITEL I. FORORD OG UDVIKLINGSKONTRAKT	11
KAPITEL II. GENERELT OM OVERENSKOMSTEN	21
§ 1 Overenskomstens parter og overenskomstområdet.....	21
KAPITEL III. PLANLÆGNING OG LÆGEDÆKNING	22
§ 2 Praksisplanlægning	22
§ 3 Årlig lægedækningsberegning.....	22
§ 4 Regionens orienteringsforpligtelse	23
§ 5 Flytning	23
§ 6 Praksisudvikling	24
KAPITEL IV. VILKÅR FOR PRAKSISDRIFT	25
TILMELDING AF PATIENTER	25
§ 7 Praksisstørrelse	25
§ 8 Øvre lukkegrænse	26
FRASIGELSE AF PATIENTER	26
§ 9 Frasigelse af patient	26
§ 10 Voldelige eller truende patienter	27
ORGANISERING OG KRAV TIL LÆGEN.....	28
§ 11 Autorisationskrav for alment praktiserende læger	28
§ 12 Nedsættelse i almen praksis	29
§ 13 Meddelelse ved dødsfald, opløsning af praksis og andre ændringer..	31
§ 14 Praksisophør, når praksis ikke overtages af en anden læge.....	31
§ 15 Praksisophør, i kompagniskab og delepraksis, når praksisdelen ikke overtages af en anden læge	32
§ 16 Praksisformer.....	33

§ 17 Almen praksis i selskabsform	35
§ 18 Udgifter til udskiftning af sundhedskort.....	36
ANDRE TILKNYTNINGSFORMER M.V.	38
§ 19 Generationsskifte.....	38
§ 20 Ansatte læger.....	38
§ 21 Tilladelse til ekstra ansat læge	39
§ 22 Delepraksis	39
§ 23 Satellitpraksis.....	41
§ 24 Kobling af ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet.....	42
§ 25 Ydernumre på licens.....	42
HENVISNINGSMULIGHEDER OG SAMSPIL	43
§ 26 Indlæggelse på sygehuse.....	43
§ 27 Henvisning til speciallægeundersøgelse og –behandling.....	43
§ 28 Diagnostiske undersøgelser på Statens Seruminstitut	44
§ 29 Henvisning til behandling ved fysioterapeut	44
§ 30 Henvisning til behandling ved psykolog.....	46
§ 31 Henvisning til behandling ved fodterapeut.....	47
§ 32 Ordination af lægemidler	48
§ 33 Ordination/rekvisition af iltbehandling.....	48
REKVISITIONER	48
§ 34 Rekvisition af immunglobuliner og vacciner	48
§ 35 Rekvisition af lægemidler i øvrigt.....	49
§ 36 Rekvisition af forbindsstoffer m.v.	49
LÆGEVAGT	50
§ 37 Vagttidens omfang og opdeling	50
§ 38 Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i vagttiden	50

§ 39 Lægebetjeningen i vagttiden	51
§ 40 Visitation i vagttiden.....	53
KAPITEL V. TILGÆNGELIGHED OG SERVICE	55
§ 41 Praksisdeklarationer	55
§ 42 Legitimation	56
§ 43 Vilkår for lægehjælp.....	57
§ 44 Dagtiden	57
§ 45 Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden.....	57
§ 46 Lægers fravær fra praksis.....	59
§ 47 Adgangs- og indretningsforhold vedrørende lægens konsultation	60
KAPITEL VI. HONORARER OG REGULERING.....	61
§ 48 Basishonorar.....	61
§ 49 Praksisomkostningshonorar	61
§ 50 Grundydelse i dagtiden.....	61
§ 51 Tillægsydelse.....	61
§ 52 Institutionstillæg, dag- og vagttid	64
§ 53 Samtaleterapi.....	65
§ 54 Tillæg for patientledsagelse i ambulance og rejsetillæg til øer, hvor der ikke er bosat læger	65
§ 55 Tillæg ved behandling af personer, der ikke er tilmeldt en læge	66
§ 56 Grundydelse i vagttiden.....	67
§ 57 Vagtberedskabshonorar.....	67
§ 58 Attesttakst	67
§ 59 Ansøgning om tilskud til lægemidler til kronikere og terminalpatienter	68
§ 60 Laboratorieundersøgelser	69
§ 61 Kørselsgodtgørelse.....	72

§ 62 Regulering af honorarer.....	72
§ 63 Takstanvendelse ved ændring i reguleringsprocenten	73
KAPITEL VII. AFGRÆNSNING AF YDELSER OG BESTEMMELSER OM HONORERING	
§ 64 Afgrænsning, telefonkonsultation/konsultation, receptfornyelse.....	74
§ 65 Afgrænsning, sygebesøg/besøg på ruten.....	74
§ 66 Afgrænsning, behandling af flere patienter i samme hjem	74
§ 67 Almindelige bestemmelser om honorering	75
§ 68 Vejledning om anvendelse af overenskomstens ydelser.....	76
§ 69 Basishonorering.....	76
§ 70 Honorering af grundydelse i dagtiden og den sene konsultation	76
§ 71 Honorering af ydelser i vagttiden.....	76
§ 72 Tillægsydelseshonorering.....	77
§ 73 Honorering af lægehjælp til patienter på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis	77
§ 74 Vagtberedskabshonorering.....	78
§ 75 Honorering af laboratorieundersøgelser.....	78
§ 76 Honorering og afholdelse af udgifterne til kørsel	78
§ 77 Basishonorering ved en læges død.....	79
KAPITEL IIX. AFREGNING	
§ 78 Basishonorarafregning	80
§ 79 Afregning af praksisomkostningshonorar	80
§ 80 Afregning af ydelseshonorarer.....	80
§ 81 Ydelseshonorarafregning vedrørende socialmedicinsk samarbejde ...	82
§ 82 Afregning af vagtberedskabshonorar.....	82
§ 83 Afregning af kørselsgodtgørelse.....	83

§ 84 Blanketter, herunder elektroniske blanketter	83
§ 85 Indbetaling af pensionsbidrag	83
§ 86 Indbetaling til Administrationsudvalget	84
KAPITEL IX. KONTROLBESTEMMELSER	85
§ 87 Årsopgørelser og fastsættelse af højstegrænser	85
§ 88 Økonomisk lægemiddelordination	86
KAPITEL X. KVALITETSSIKRING OG IT	88
§ 89 Anvendelse af IT i almen praksis	88
§ 90 Datafangst	91
§ 91 Det Fælles Medicin Kort (FMK)	91
§ 92 Kvalitetsmodel i almen praksis	92
§ 93 Patientoplevelset kvalitet i almen praksis.....	93
KAPITEL XI. ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNERNE	94
§ 94 Socialmedicinsk samarbejde mellem den enkelte læge og kommunen i individuelle sager	94
§ 95 Elektronisk kommunikation mellem lægen og kommunens plejepersonale.	95
§ 96 Kommunalt-lægelige udvalg mellem kommunerne og de praktiserende læger.....	96
KAPITAL XII UDVALG OG FONDE	98
§ 97 Fonden for Almen Praksis.....	98
§ 98 Opgaver og beføjelser for Fonden for Almen Praksis.....	98
§ 99 Indbetaling af midler til Fonden for Almen Praksis	99
§ 100 Sekretariatskoordinationsgruppe	100
§ 101 Fagligt Råd	100
§ 102 Anvendelse af midler vedrørende Fagligt Råd	102

§ 103 Almen praksis ved universiteterne (APU)	102
REGIONALE UDVALG	103
§ 104 De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg	103
§ 105 Opgaver for de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg	103
§ 106 Midler til de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg	105
KAPITEL XIII. SAMARBEJDSBESTEMMELSER OG VEDLIGEHOJDELSE AF AFTALEN	106
§ 107 Samarbejdsudvalg	106
§ 108 Samarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser	107
§ 109 Landssamarbejdsudvalget	108
§ 110 Landssamarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser	109
§ 111 Landssamarbejdsudvalgets sanktionsmuligheder	110
§ 112 Fortolkningsbidrag	111
OPMAND	111
§ 113 Opmand	111
§ 114 Opmandens opgaver	112
KAPITEL XIV. KLAGEREGLER	113
§ 115 Klagereglernes omfang	113
§ 116 Fremsættelse af klager	113
§ 117 Behandling af klager fra patienter	113
§ 118 Behandling af klager fra læger	114
§ 119 Behandling af klager fra kommuner	114
§ 120 Fælles regler for behandling af klager	114
§ 121 Afgørelse af klagesager og anke	115
§ 122 Faglige klager (Patientombuddet)	115
KAPITEL XV. IKRAFTTRÆDEN M.V.	117

§ 123 Adgang til ændringer i overenskomsten	117
§ 124 Ikrafttræden	117
§ 125 Opsigelse.....	117
BILAG TIL OVERENSKOMST OM ALMEN PRAKSIS.....	119
BILAG 1: PROTOKOLLAT OM ROLLER OG OPGAVER I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010	119
BILAG 2: PROTOKOLLAT OM SAMARBEJDE MELLEM ALMEN PRAKSIS, SYGEHUSVÆSEN, KOMMUNER OG REGIONER AF 21- 12-2010.....	122
BILAG 3: PROTOKOLLAT OM LÆGEVAGTEN AF 21-12-2010	123
BILAG 4: ØKONOMIPROTOKOLLAT AF 01-09-2014	123
BILAG 5: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE DEN SAMLEDE HONORERING AF 13-10-2002.....	125
BILAG 6: PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF YDELSERNE I OVERENSKOMSTEN OG SAMMENHÆNGEN TIL DET ALMENMEDICINSKE ARBEJDSOMRÅDE AF 16-04-1999	126
BILAG 7: PROTOKOLLAT OM KOMMISSORIUM OG SAMMENSÆTNING AF EN ARBEJDSGRUPPE TIL KONKRETISERING AF EN KVALITETSMODEL FOR ALMEN PRAKSIS.....	127
BILAG 8: PROTOKOLLAT OM EFTERUDDANNELSE	128
BILAG 9: PROTOKOLLAT OM ORGANISERING AF DEN DECENTRALE GRUPPEBASEREDE EFTERUDDANNELSE (DGE) AF 16-06-2008	138
BILAG 10: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE TILBUD TIL LÆGER, DER ØNSKER AT ETABLERE STØRRE PRAKSIS OG/ELLER UDVIKLE DERES PRAKSIS AF 21-12-2010.....	141
BILAG 11: PROTOKOLLAT OM IT I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010 ...	142
BILAG 12: PROTOKOLLAT OM LÆGEHÅNDBOGEN AF 21-12-2010	142
BILAG 13: PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF SUNDHEDSKORT VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS	142

BILAG 14: PROTOKOLLAT OM OPMANDSFUNKTIONEN OG ORGANISATIONSANSVAR AF 27-04-1995	143
BILAG 15: PROTOKOLLAT OM KOMMUNALE PRAKSISKONSULENTER AF 21-12-2010	144
BILAG 16: PROTOKOLLAT OM SANKTIONER FOR OVERTRÆDELSE AF VAGTINSTRUKS AF 11-05-2007	144
BILAG 17: VEJLEDENDE FORRETNINGSORDEN FOR SAMARBEJDSUDVALG AF 24-01-2006.....	145
BILAG 18: UNDERSØGELSE AF NY KONSTRUKTION MED ANSVAR FOR DE AFSATTE OVERENSKOMSTMIDLER TIL KVALITETSUDVIKLING, FORSKNING, EFTERUDDANNELSE OG FAGLIG UDVIKLING.....	147
ØVRIGE AFTALER.....	149
RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF TILLÆGSYDELSER EFTER BESLUTNING I REGIONERNE	149
RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF LABORATORIEUNDERSØGELSER M.M. EFTER BESLUTNING I REGIONERNE	150
RAMMEAFTALE OM E-KOMMUNIKATION MELLEM KOMMUNE OG KOMMUNENS PRAKTISERENDE LÆGER.....	151
NETTOAFREGNING - TILLÆGSOVERENSKOMST TIL OVERENSKOMSTEN OM ALMEN PRAKSIS MELLEM PLO OG RLTN..	155
AFTALE OM HONORERING FOR VEJLEDNING AF IKKE-TILMELDTE PATIENTER OM ANVENDELSE AF SVANGERSKABSFOREBYGGENDE METODER	156
PROFYLAKSEAFTALEN	159
TUTORLÆGEAFTALEN - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER – AF 1. SEPTEMBER 2014	171
AFTALE VEDR. OMKOSTNINGSDÆKNING AF JOURNALER VED PRAKSISLUKNING AF 29-11 2007	175
STIKORDSREGISTER	177
VEJLEDNING I ANVENDELSE AF OVERENSKOMSTENS YDELSER...	189

KAPITEL I. FORORD OG UDVIKLINGSKONTRAKT

Kontrakten for almen praksis

Overenskomsten for almen praksis kan betragtes som en kontrakt, som indgås mellem de to parter, og som beskriver indhold, vilkår, rammebetingelser og kvalitetsmål mv. for opgaveløsningen med udgangspunkt i de overordnede mål og visioner.

Denne kontrakt for almen praksis er opdelt i henholdsvis en langsigtet udviklingsdel og en reguleringsdel, der omfatter overenskomstperioden.

Udviklingsdelen beskriver de overordnede mål og visioner for almen praksis som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Formålet med udviklingsdelen er at lægge et spor ud for almen praksis, som parterne er enige om at understøtte via en fælles indsats. Udviklingsdelen sætter dagsordenen og forpligter parterne på den fælles ambition om at forny og udvikle almen praksis på længere sigt i takt med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

Reguleringsdelen indeholder de konkrete bestemmelser, der gælder for driften i almen praksis. Reguleringsdelen har til formål at implementere de overordnede mål og visioner for almen praksis, som er aftalt i udviklingsdelen, ved at fastsætte i detaljen opgaver, pligter og ansvar. Reguleringsdelen revideres løbende og genforhandles med aftalt tidsinterval.

Den udviklingsorienterede del af kontrakten for almen praksis

Indledning

Almen praksis er hovedhjørnesten i det danske sundhedsvæsen og fungerer som et attraktivt og tilgængeligt sundhedstilbud i lokalmiljøet.

I fremtidens sundhedsvæsen er almen praksis fortsat borgernes hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet og udfylder roller som generalist, gatekeeper og tovholder. Almen praksis har dermed stor betydning for borgernes sundhed og for det samlede forløb på tværs af sektorgrænser.

Den generelt større efterspørgsel i befolkningen efter sundhedsydelse og sygehusenes stigende specialisering og centralisering vil ændre opgaveløsningen i almen praksis. Det er nødvendigt at sikre de tilstrækkelige ressourcer og den tilstrækkelige kapacitet, så almen praksis fortsat kan være en nøglefigur i det danske sundhedsvæsen.

Almen praksis skal understøttes i den gode udvikling, der allerede er i gang, gennem en fortsat udvikling af faget almen medicin.

Det skal bl.a. ske gennem fokuseret kvalitetsudvikling, efteruddannelses-tilbud, forskning, og organisationsudvikling. Det skal ligeledes ske gennem de nye praksisplanudvalg, som skal udarbejde praksisplan for almen praksis. I den forbindelse vil et vigtigt fokusområde være at sikre større sammenhæng for patienter, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder patienter med psykiske lidelse, de ældre medicinske patienter samt patienter med kronisk sygdom.

En sådan udvikling og understøttelse af almen praksis vil samlet set bidrage til at opbygge en endnu stærkere faglig platform i almen praksis og gøre det attraktivt at arbejde i sektoren. Samtidig kan styrkelsen af kvaliteten, kapaciteten og rammerne om almen praksis medføre en ændring af balancen i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen.

Visioner og målsætninger for udviklingen af almen praksis

Der er tre overordnede visioner for fremtidens almene praksis:

- *En bæredygtig almen praksis, der fungerer effektivt som indgang til sundhedsvæsenet for alle borgere i alle dele af landet.*
- *En almen praksis, der varetager afsluttet behandling af de fleste almindeligt forekommende lidelser*
- *En almen praksis, der er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i gensidigt forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet.*

Nedenfor beskrives de målsætninger, der skal bidrage til realisering af visionen.

1. Roller og opgaver i almen praksis

Almen praksis er oftest patienternes første møde med sundhedsvæsenet. Derfor er en af almen praksis' store styrker et kontinuert kendskab til den enkelte patient. Almen praksis' grundlæggende funktion er også i fremtiden selvstændig varetagelse af undersøgelse, vurdering og behandling af langt størstedelen af de symptomer, sygdomme og helbredsproblemer, som borgerne henvender sig til sundhedsvæsenet med.

Almen praksis er en del af et integreret sundhedsvæsen, og almen praksis skal fortsat udvikles og tilpasses i takt med det øvrige sundhedsvæsen.

Almen praksis har fortsat en central placering som patienternes primære indgang og kontakt til sundhedsvæsenet og varetager effektivt rollerne som generalist, gatekeeper og tovholder.

Der er nogle centrale udfordringer i forhold til de opgaver, som almen praksis forventes at varetage i de kommende år, som kan give behov for en ændret tilrettelæggelse af indsatsen hos de praktiserende læger. Dette vedrører blandt andet indsatsen over for patienter med kronisk sygdom, forebyggelsesindsatsen, akutberedskab samt behovet for at målrette almen praksis' opgavevaretagelse i forhold til decentrale behov, jf. nedenfor.

Patienter med kronisk sygdom

Der er behov for en styrket indsats for patienter med kronisk sygdom.

Almen praksis varetager allerede i dag i vid udstrækning behandling og kontrol af patienter med kronisk sygdom. Der er faglig konsensus om, at almen praksis fortsat skal behandle denne patientgruppe i proaktive og planlagte forløb. Det indebærer bl.a., at almen praksis tager initiativ til at sikre en effektiv behandlingsindsats samt fremme af sine tilmeldte patienters sundhed. Redskaberne er bl.a. identifikation og registrering af kronikere samt brug af indkaldelser af patienterne.

Et væsentligt mål med udviklingen af kronikerindsatsen er at forebygge og dermed reducere patienternes behov for behandling i det specialiserede sundhedsvæsen samt i øvrigt at styrke patienternes evne til egenomsorg. Almen praksis fokuserer derfor endvidere på egenomsorg og patientrettet forebyggelse.

Centrale og regionale forløbsprogrammer vil udgøre rammerne for kronikeromsorgen, og efterhånden som der udvikles forløbsprogrammer vil en større del af behandlingsindsatsen overfor patienter med kronisk sygdom blive placeret i almen praksis.

Den styrkede indsats muliggøres bl.a. ved øget og målrettet inddragelse af praksispersonale, fokus på effektiv arbejdstilrettelæggelse samt fokus på aktiv dialog om patienten med relevante aktører.

Almen praksis har mulighed for at understøtte proaktive og planlagte forløb på grundlag af systematisk dokumentation af de kliniske aktiviteter, kvaliteten og henvisningsadfærden i regi af den enkelte praksis og i forhold til den enkelte patient.

Rammerne for samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen har også betydning. Målet er, at alle parter følger fælles, faglige retningslinjer og aftaler for samarbejde og arbejdsdeling på tværs i sundhedsvæsenet.

Forebyggelse

Forebyggelsesindsatsen i almen praksis målrettes.

Det er en grundlæggende udfordring at styrke forebyggelsesindsatsen i det samlede sundhedsvæsen som en væsentlig del af både forebyggelsen af livsstilssygdomme og af behandlingen af patienter med kronisk sygdom, herunder forebygge for u hensigtsmæssige indlæggelser.

Kommunerne varetager den forebyggende indsats i form af fx rygestoptilbud, træningstilbud og generel patientuddannelse, mens almen praksis' ressourcer målrettes mod den medicinsk forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundheds- og akuttilbud.

Akutberedskab

De praktiserende læger varetager en stor del af de akutte opgaver i dagtiden og i vagttiden.

Udviklingen i sundhedsvæsenet med en stigende specialisering og centralisering af sygehusvæsenet samt geografiske forskelle i og mellem regionerne medfører behov for nyvurdering af opgavefordeling og struktur i sundhedsvæsenets akutfunktion.

Der arbejdes for at implementere anbefalinger fra Udvalg om det Præhospitale Akutberedskab. PLO har tilkendegivet, at dette dog ikke gælder anbefalingen vedr. fælles regional ledelse af lægevagten.

Herunder kan der blive tale om en ændret inddragelse af almen praksis.

En ændret inddragelse af almen praksis i akutberedskabet vil ske under hensyntagen til almen praksis' kapacitet. Det skal endvidere sikres, at de praktiserende læger har de nødvendige faglige kompetencer.

Almen praksis' opgavevaretagelse i forhold til decentrale behov

Med praksisplanudvalgene og praksisplanerne er det sigtet, at samarbejdet om en række opgaver vedr. almen praksis, herunder gensidig tilgængelighed fastlægges lokalt. Dette vil sikre, at opgaverne tilrettelægges og løses så de flugter med de lokale behov, så der skabes bedre sammenhæng og koordination i sundhedsindsatsen i feltet mellem de praktiserende læger og regioner og kommuner.

Der vil dog fortsat ske en central fastlæggelse af de overordnede rammer for almen praksis. Dels kan der være hensyn til at sikre ensartethed i serviceniveau og i forhold til de ydelser, som en borger kan forvente at modtage, uanset hvilken region borgeren er bosat i. Dels vil der være kerneopgaver i forhold til visitation og behandling mv. af patienter, som almen praksis hensigtsmæssigt varetager, uanset region; og dermed kerneydelser, der med fordel omfattes af en landsdækkende overenskomst. Almen praksis følger centralt fastsatte faglige retningslinier/principper og forløbsprogrammer, fx fra Sundhedsstyrelsen.

2. Samspil

Mange patientforløb går på tværs af almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det er en grundlæggende udfordring for almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen at sikre effektive og sammenhængende patientforløb. Det er også en grundlæggende udfordring at sikre, at behandlingen sker på laveste, effektive omsorgsniveau. Det er til gavn for patienterne, og det sikrer den bedst mulige ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

Regioner og kommuner skal samarbejde med almen praksis om at understøtte udviklingen af almen praksis i tæt sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Dette kan blandt andet ske i regi af praksisplanerne.

Det skal sikres, at der er et godt samspil mellem almen praksis, det specialiserede regionale sygehusvæsen, det kommunale sundhedsvæsen og den øvrige praksissektor.

Da de fleste behandlingsforløb starter i almen praksis, er det væsentligt, at alle aktører tager gensidige hensyn, når der foretages planlægning i forhold til sammenhængende patientforløb, herunder forløbsprogrammer. Formålet er, at de praktiserende læger kan bidrage til fastlæggelsen af deres egen rolle i samarbejdet og arbejdsdelingen og sikre, at der fastlægges procedurer, som er afstemte med arbejdsgangen i almen praksis og med de myndigheder der agerer på vegne af borgere, der ikke selv kan henvende sig eller komme i kontakt med lægen.

Som en basal del af sektorens funktion indgår almen praksis i et forpligtende samarbejde og arbejdsdeling i forhold til sygehusvæsenet, den øvrige praksissektor og det kommunale sundhedsvæsen. Dette gælder både samarbejdet med myndighederne om planlægning, administration mv. og samarbejdet om patientforløb. Det er en gensidig forpligtelse, der også stiller krav til det øvrige sundhedsvæsen.

Almen praksis følger retningslinjer og aftaler mv. om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, som forudsættes varetaget af almen praksis i medfør af det centrale aftalekompleks, praksisplanerne og underliggende aftaler i medfør af praksisplanerne, når almen praksis samarbejder med det omgivende sundhedsvæsen om enkeltpatienter og patientgrupper. Fx i forhold til pakkeforløb for kræft- eller hjertepatienter, retningslinjer for ambulant udredning i sygehusvæsenet, forløbsprogrammer for kronisk sygdom og sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne i regionen

Samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen er styrket, bl.a. ved at der er nedsat kommunalt-lægelige udvalg i alle kommuner. Udvalgene sætter rammen for dialog og initiativer om de lokale sundhedsmæssige problemstillinger, som vedrører kommunerne og lægerne.

Samtidig sker der en målrettet brug af dialogbaserede redskaber, bl.a. i forhold til praksiskonsulentordningerne, med henblik på at understøtte samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen og styrke implementering af de centralt og decentralt aftalte tiltag. Det er afgørende, at praksiskonsulentens opgaver, ansvar og rolle er konkret beskrevet.

Dialogen om hvilke rammer og redskaber regioner og kommuner kan stille til rådighed for at understøtte almen praksis i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen finder blandt andet sted i praksisplanudvalgene.

Redskaberne er bl.a. lettilgængelige og overskuelig information om placering af de enkelte specialer på sygehusene, adgangen til patientvejledere, oversigter over henvisningsmuligheder i sygehusvæsenet samt kommunale sundhedstilbud.

Det er hensigtsmæssigt, at almen praksis er i stand til at færdigudrede og færdigbehandle så mange patienter som muligt. I nogle tilfælde har almen praksis behov for sundhedsfaglig specialistrådgivning, før der kan foreta-

ges en endelig udredning. For at optimere patientbehandlingen i almen praksis frem for at viderehenvise til sygehusbehandling, kan der derfor være behov for sparring og supervision med sygehuslæger. Det kan f.eks. være i form af telefonisk kontakt, mailsparing og telekonference.

Et andet redskab kan være, at almen praksis får mulighed for rekvisition af diagnostiske undersøgelser. Det giver almen praksis mulighed for at færdigudrede patienten i stedet for at henvise patienten til udredning på sygehuset. For de enkelte diagnostiske undersøgelser skal der aftales regionale kriterier for, hvilke og hvornår de kan rekvireres af almen praksis.

Der er samtidig en gensidig forpligtelse til i relevante tilfælde at sørge for hurtig og fyldestgørende kommunikation mellem de relevante parter i sundhedsvæsenet.

Regioner og kommuner sørger fx for hurtig, kort og relevant orientering af den praktiserende læge, når patienterne har været i kontakt med sygehusvæsenet eller kommunale sundhedstilbud, og de praktiserende læger sørger for hurtig og fyldestgørende orientering i relevante tilfælde, når borgerne har været tilset af en læge.

Også på andre områder er det vigtigt, at aktørerne i sundhedsvæsenet (sygehusene, almen praksis og kommunerne) udfylder deres rolle, fx i forhold til dosisdispensering.

3. Lægedækning, organisering og kapacitet

Med almen praksis som en nøglefigur i det danske sundhedsvæsen, er det nødvendigt at sikre tilstrækkelig kapacitet og en effektiv ressourceanvendelse i sektoren, så almen praksis kan løfte fremtidens opgaver.

Som grundlæggende forudsætning er alment praktiserende læger selvstændigt erhvervsdrivende under en fælles kontrakt.

Det er nødvendigt at sikre lægedækning i alle dele af landet, så alle borgere har mulighed for at blive tilmeldt en alment praktiserende læge eller praksis. Borgerne skal samtidig have reelle valgmuligheder, når de vælger læge eller praksis.

Det er efter sundhedsloven regionernes forpligtelse at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder almen praksis.

Sikring af lægedækning er et fælles problem for parterne. Dette indebærer blandt andet, at de regionale parter bør informere hinanden i god tid, før mulige lægedækningsproblemer opstår.

Rekruttering og fastholdelse af læger og praksispersonale i sektoren skal fremmes. Rekruttering handler om at fremme den faglige udvikling og arbejdsmiljøet, så det fortsat er fagligt udfordrende at arbejde i almen praksis. Fastholdelse handler om at gøre det attraktivt at blive længere i sektoren og dermed udsætte tidspunktet for erhvervsophør.

Flerlægepraksis skal udbredes, idet behovet for at bevare muligheden for at drive solopraksis i fremtiden samtidig anerkendes.

Det er desuden nødvendigt at øge kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis ved øget og målrettet anvendelse af praksispersonale samt målrettet ledelse og arbejdstilrettelæggelse i den enkelte praksis. Målet er at sikre øget kapacitet og lægedækning samt imødekomme øget efterspørgsel efter sundhedsydelser bl.a. som følge af ændringer i befolkningens alderssammensætning.

4. Kvalitet, kompetenceudvikling, forskning, service og IT

Almen praksis har fokus på faglige og organisatoriske aspekter af kvaliteten i det daglige arbejde i praksis og patienternes oplevelse af almen praksis.

Almen praksis arbejder systematisk med at fastholde og udvikle en høj kvalitet i ydelserne i almen praksis, og det sker i samspil med det øvrige sundhedsvæsen. Alle praksis er involveret i kvalitetsudvikling som en integreret del af det daglige arbejde i praksis. Fremadrettet skal data fra patienttilfredshedsundersøgelser anvendes i den enkelte praksis' arbejde med løbende at udvikle kvaliteten. Kvalitetsdata fra datafangst i almen praksis skal ligeledes medvirke til at styrke kvaliteten af det sundhedstilbud, der tilbydes patienterne og samtidig give forskningen mulighed for at analysere data fra hele sundhedsvæsenet. Det er vigtig viden i forhold til at kunne planlægge sammenhængende patientforløb. Kvalitetsdata fra almen praksis kan samtidig være med til at sikre en større grad af gennemsigthed i sundhedsvæsenet. Offentliggørelse af kvalitetsdata skal ikke kunne identificere den enkelte patient, læge eller praksis.

Den Danske Kvalitetsmodel introduceres i almen praksis som et redskab for den enkelte praksis til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling.

Kompetenceudvikling i almen praksis i form af efteruddannelse er ligeledes et vigtigt element i kvalitetsudviklingen i den enkelte praksis. Dygtige og veluddannede praktiserende læger er en forudsætning for en høj faglig kvalitet i patientbehandlingen i almen praksis, og efteruddannelse skal bidrage til, at lægerne har opdaterede kompetencer indenfor den nyeste viden og evidens.

Almen praksis holder sig fagligt ajour og anvender accepterede og tidsvarende metoder og tekniske løsninger ved udredning, behandling og opfølgning.

Service

Det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdspartnere at komme i kontakt med almen praksis. Det gælder også i de situationer, hvor en pårørende eller kommune henvender sig på vegne af en borger, der ikke selv er i stand til at henvende sig til lægen. Der er flere veje til at sikre en god tilgængelighed. Det bliver en opgave for praksisplanudvalgene at medvirke til en fortsat god tilgængelighed. En god service og tilgængelighed vises blandt andet ved, at der gennem praksisdeklarationerne skabes gennemsigtighed overfor omverdenen omkring, hvilken service den enkelte praksis tilbyder.

IT

At drive en effektiv praksis i tæt samarbejde med det omgivende sundhedsvæsen og patienterne kræver, at informationsteknologi bruges aktivt. IT er også en forudsætning for, at praksis kan arbejde med databaseret kvalitetsudvikling og have adgang til opdateret faglig viden og beslutningsstøtte. IT skal bruges stadigt mere aktivt i almen praksis og i kommunikation med patienter og det øvrige sundhedsvæsen, og nye teknologiske muligheder tages løbende i brug.

På medicinområdet udgør implementeringen af Fælles Medicinkort (FMK) en udvikling, der har til formål at minimere fejl og utilsigtede hændelser. Anvendelsen af FMK forventes at styrke sikkerheden omkring medicinbehandling, især hos patienter der modtager mange præparater. En effektiv implementering af FMK betyder, at almen praksis orienterer sig via det overblik, som medicinkortet giver. Tilrettelæggelsen af dele af opfølgningen laves lokalt som del af praksisplanerne.

Forskning

Det er vigtigt, at der forskes i og om almen praksis. Forskningsresultater skal bringes ud til og forny praksis gennem kompetence- og kvalitetsud-

vikling. Det er derfor væsentligt at sikre sammenhæng mellem forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling.

KAPITEL II. GENERELT OM OVERENSKOMSTEN

§ 1 OVERENSKOMSTENS PARTER OG OVERENSKOMSTOMRÅDET

Stk. 1.

Denne overenskomst vedrørende almen praksis er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Stk. 2.

Overenskomsten vedrører gruppe 1-sikrede og omfatter vederlagsfri sygdomsbehandling og forebyggende arbejde i henhold til Sundhedsloven. Gruppe 1-sikrede betegnes i det følgende "patienter".

Stk. 3.

Overenskomsten omfatter, i det omfang det er fastsat i de enkelte bestemmelser, behandling af andre personer end de i stk. 2 nævnte.

KAPITEL III. PLANLÆGNING OG LÆGEDÆKNING

§ 2 PRAKSISPLANLÆGNING

Praksisplaner for almen praksis udarbejdes af praksisplanudvalget i henhold til Sundhedslovens § 206 a og tilhørende bekendtgørelser/vejledninger.

§ 3 ÅRLIG LÆGEDÆKNINGSBEREGNING

Stk. 1.

Der foretages en årlig fastsættelse af lægedækningen. Formålet hermed er at sikre, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens gruppe 1- sikrede borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge. Resultatet af lægedækningsberegningen sendes til samarbejdsudvalget til orientering og til praksisplansudvalget med henblik på, at resultatet kan indgå i udvalgets arbejde.

Stk. 2.

Lægedækningen fastsættes med udgangspunkt i **en af regionen foretaget** høring af alle eksisterende praksis i regionen. Den nærmere fremgangsmåde for høringen fremgår af stk. 3-5.

Stk. 3.

Alle praksis spørges én gang årligt inden 1. oktober om, hvor mange patienter de højst ønsker tilmeldt. Praksis, som allerede har lukket for patienttilgang, er også omfattet af høringen, idet disse praksis spørges, om der er sket ændringer i deres forhold som medfører, at de har mulighed for at påtage sig yderligere patienter. Også delepraksis er omfattet af høringen, idet disse praksis spørges om, hvorvidt de ville kunne påtage sig patienter ud over det antal, der er fastsat som mindstegrænse ved tildelingen af delepraksistilladelse. Høringen har til formål at synliggøre en uudnyttet behandlingskapacitet, som kan inddrages i planlægningen.

Stk. 4.

I forbindelse med den årlige høring skal eksisterende praksis gives mulighed for at oplyse, hvorvidt de har ønsker om at udvide med ekstra lægekapacitet, og om de har ønsker om at flytte eller lægge deres praksis sammen med andre praksis samt eventuelle andre relevante oplysninger, som kan give et nuanceret grundlag for tilrettelæggelsen af det samlede almen lægeudbud i regionen.

Stk. 5.

Praksis kan ikke melde ind med et lavere antal end 1.600 patienter pr. lægekapacitet, medmindre praksis har tilladelse til at lukke for patienttilgang ved et lavere antal, jf. § 7, stk. 2 og 3. Delepraksis kan ikke melde ind med et lavere antal patienter end det antal, der er fastsat som mindstegrænse ved tildelingen af delepraksistilladelse. Herudover er besvarelsenerne af høringen ikke at anse for bindende tilsagn, idet der kan opstå situationer, hvor en praksis får behov for at lukke for patienttilgang ved et lavere patientantal end det indmeldte.

Stk. 6.

Resultatet af den i stk. 2-5 anførte høring sammenholdes med det samlede antal patienter i regionen pr. 1. oktober, den geografiske spredning af læger og patienter og andre relevante forhold, herunder en vurdering af udviklingen i arbejdsmængden i almen praksis. Kapacitet tilvejebragt ved etablering af regionsdrevne klinikker og evt. private aktører jf. Sundhedsloven § 227, stk. 3, 5 og 6, indgår ved vurderingen.

§ 4 REGIONENS ORIENTERINGSFORPLIGTELSE

Stk. 1.

Regionen orienterer samarbejdsudvalget, såfremt regionen planlægger at:

- a) udløse nye ydernumre
- b) opføre offentligt ejede lægehuse
- c) udbyde drift af praksis
- d) etablere en regionsklinik.

Stk. 2.

Såfremt regionen beslutter, at der skal opføres et offentligt ejet lægehus, søger regionen inden opførelsen, dialog med almen praksis i lokalområdet. Dialogen kan bl.a. omhandle eventuelle ønsker til indretning mv.

§ 5 FLYTNING

Stk. 1.

Læger, der ønsker at flytte praksis, skal indhente regionens godkendelse. Regionen skal godkende flytninger, som ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne.

Stk. 2.

Regionen kan godkende andre flytninger, hvis der foreligger særlige omstændigheder. F.eks. flytning af en ifølge praksisplanen matrikelbunden lægekapacitet som følge af en opsplittning af kompagniskab eller ophør i samarbejdspraksis.

§ 6 PRAKSISUDVIKLING

Regionerne etablerer tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis og /eller udvikle deres praksisdrift – der henvises til det som bilag 12 optrykte protokollat.

KAPITEL IV. VILKÅR FOR PRAKSISDRIFT

TILMELDING AF PATIENTER

§ 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 1600 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 1600 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 1600, 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 2 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 1475 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.

§ 8 ØVRE LUKKEGRÆNSE

Hvis en praksis har mere end 2700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, skal der søges om samarbejdsudvalgets godkendelse af fortsat at have åbent for patienttilgang. Samarbejdsudvalget giver tilladelse, med mindre væsentlige forhold taler imod. Reglen gælder ikke for delepraksis. I delepraksis gælder reglen i § 22, stk. 2.

FRASIGELSE AF PATIENTER

§ 9 FRASIGELSE AF PATIENT

Stk. 1.

Mener en læge, at en patient misbruger almen praksis' ydelser, skal lægen underrette den region, hvor konsultationsstedet er beliggende.

Stk. 2.

En læge kan ved henvendelse til regionen frasige sig en patient, som ikke følger lægens anvisninger eller som har udvist en sådan uacceptabel adfærd, at tillidsforholdet mellem læge og patient må anses for brudt eller hvor det af anden grund er urimeligt at lægen skal fortsætte samarbejdet.

For så vidt angår frasigelse af voldelige eller truende patienter henvises til § 10.

NOTE TIL § 9 stk. 2:

Frasigelse sker umiddelbart, men ved akut behov for lægehjælp kan den frasigende læge kontaktes indtil ny læge er valgt eller tildelt.

§ 10 VOLDELIGE ELLER TRUENDE PATIENTER

Stk. 1.

En læge kan ved henvendelse til regionen frasige sig en patient, som har optrådt truende eller voldeligt over for lægen eller praksispersonalet.

Stk. 2.

Regionen skal underrette samarbejdsudvalget, såfremt en læge fraskriver sig en patient i medfør af stk. 1.

Stk. 3.

Regionen skal underrette patienten om, at lægen på grund af patientens truende eller voldelige adfærd har frasagt sig patienten samt meddele, at patienten ved henvendelse til kommunen skal vælge ny læge inden en nærmere angiven frist. Regionen skal samtidig meddele patienten, at patienten fremover kun kan opsøge den ny læge og kun efter forudgående telefonisk aftale om konsultation, og at lægen efter eget skøn vil kunne anmode om politiets tilstedeværelse ved konsultation. Regionen skal vejlede patienten om patientens muligheder for at påklage afgørelsen, jf. kapitel XIV.

Stk. 4.

Såfremt patienten ikke inden en nærmere angiven frist, jf. stk. 3, har valgt ny læge, vil patienten blive tildelt en ny læge, jf. "Bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren".

Stk. 5.

Såfremt alle læger, som patienten har mulighed for at vælge, har frasagt sig patienten efter stk. 1, aftaler samarbejdsudvalget, hvordan der forholdes med hensyn til lægeskift. Samarbejdsudvalget kan beslutte at iværksætte en turnusordning, som kan omfatte både åbne og lukkede praksis inden for 15 km fra patientens bopæl. Hvis omstændighederne taler for det, kan en turnusordning iværksættes på et tidligere tidspunkt end anført i 1. punktum. Samarbejdsudvalget kan i særlige tilfælde friholde en praksis fra at deltage i turnusordningen.

Stk. 6.

Når patienten har valgt/er blevet tildelt en ny læge, skal den pågældende læge underrettes om baggrunden for patientens lægeskift.

Stk. 7.

Samarbejdsudvalget skal, hvis patienten anmoder herom, vurdere, om den i stk. 3, 2. pkt. anførte fremgangsmåde stadig er påkrævet. En vurdering kan tidligst foretages efter 2 år. Vurderingen skal ske på baggrund af oplysninger indhentet fra patienten og lægen.

Stk. 8.

Samarbejdsudvalget kan efter konkret vurdering og hvor der er tungtvæjende grunde beslutte, at fremgangsmåden i stk. 3 også kan benyttes i andre tilfælde. Det kan eksempelvis gælde, hvor en patient har været voldelig over for andre læger end egen læge

NOTE TIL § 10:

Parterne er enige om, at regionen og PLO-regionalt skal søge at træffe aftale med de lokale politimyndigheder om politiets assistance i de i § 10 omhandlede tilfælde. Justitsministeriet har overfor parterne udtrykt imødekommelse over for politiets deltagelse i løsning af problemerne med voldelige patienter.

ORGANISERING OG KRAV TIL LÆGEN

§ 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.

Stk. 2.

Læger, der på baggrund af tidligere regler praktiserer efter overenskomsten, uden at være speciallæger i almen medicin, er berettiget til at fortsætte hermed.

Stk. 3.

Lægen skal så vidt muligt sørge for, at en antaget vikar er speciallæge i almen medicin. Vikarer ansat udover 2 måneders varighed skal altid opfylde dette krav, medmindre vedkommende har været fase 2 amanuensis i pågældende praksis. For vikarer ansat i indtil 2 måneder gælder, at vika-

ren som minimum skal have ret til selvstændigt virke. I tilfælde, hvor der benyttes en vikar uden speciallægeanerkendelse, skal lægen sørge for, at vikaren har adgang til supervision. 2 måneders fristen gælder, uanset om vikaren kun arbejder i praksis få dage om ugen.

NOTE § 11 stk. 3

Vikaren fungerer som stedfortræder for lægen, og parterne må derfor ikke være til stede i praksis samtidig.

§ 12 NEDSÆTTELSE I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

En læge, som opfylder de i § 11, stk. 1 nævnte krav, kan gennem PLO over for regionen på en af overenskomstparterne udarbejdet blanket meddele, at vedkommende ønsker at påtage sig almen praksis på de i nærværende overenskomst fastsatte vilkår. Lægen skal overfor PLO dokumentere, at pågældende enten har overtaget en eksisterende praksis/praksisdal eller af **regionen/samarbejdsudvalget** har fået tildelt ret til nedsættelse. Sammen med blanketten skal der indsendes dokumentation for, at lægen opfylder betingelserne i § 11, stk. 1.

Stk. 2.

Læger, der ønsker at tilmelde sig overenskomsten, kan forinden søge vejledning hos PLO-regionalt om nedsættelsesmulighederne i regionen.

Stk. 3.

Læger, der tilmelder sig overenskomsten, har pligt til at holde sig orienteret om overenskomstens bestemmelser og administrationen heraf. Der tilbydes efter behov kurser og lignende vedrørende overenskomstens bestemmelser og administrationen heraf. Nye læger har pligt til at deltage i et kursus. Samarbejdsudvalget aftaler, hvorledes tilbuddet skal sikres. Kurserne er omfattet af godkendelseskriterier bestemt af **Fonden for Almen Praksis** om a priori godkendelse.

Stk. 4.

Læger, der har ansættelse ved sygehus, klinikker, laboratorier eller lignende, kan ikke drive almen praksis efter denne overenskomst, medmindre der foreligger dispensation fra samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

En læge, der ønsker at overdrage sin praksis/praksisdal har ret til at overdrage praksis/praksisdelen til en af ham valgt læge, der opfylder de i § 11, stk. 1 eller stk. 2 anførte autorisationskrav. Det samme gælder, hvis lægen har fået tilladelse til udvidelse eller delepraksis.

Stk. 6.

Regionen skal afvise nedsættelser, der er i strid med praksisplanlægningen.

Stk. 7.

Regionen skal umiddelbart bekræfte nedsættelser, der opfylder betingelserne i stk. 1-5. Nedsættelsen får virkning i forhold til regionen, når denne skriftligt over for lægen og PLO har godkendt den. Nedsættelsen skal så vidt muligt ske med virkning fra den 1. i **en måned**.

Stk. 8.

Læger, der indgår kompagniskab, skal gennem PLO meddele dette til den region, hvor konsultationsstedet er beliggende. Lægerne skal endvidere gennem PLO give meddelelse om ændringer i kompagniskabets sammensætning samt, når en ansat speciallæge tiltræder eller fratræder. **Ændringerne meddeles i god tid.**

Stk. 9.

Når en læge dør, kan dennes praksis/praksisdel/anparter ejes af boet i maksimalt et år fra dødsfaldet under forudsætning af, at boet sørger for en stedfortræder for afdøde. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning tillade, at boets ejerperiode forlænges, hvis der foreligger en rimelig begrundelse for, at et-årsfristen for afståelse af den ledige praksis/praksisdel/anparter ikke kan overholdes.

Stk. 10.

Hvis en læge har fraskrevet sig sin autorisation eller er blevet frataget sin autorisation ved en endelig domstolsafgørelse eller ved dom for strafbart forhold er blevet frataget retten til at udøve virksomhed som læge, kan denne eje sin praksis/praksisdel/anparter i maksimalt et år under forudsætning af, at den pågældende sørger for en stedfortræder. Et-årsfristen gælder fra tidspunktet for autorisationsfraskrivelsen, henholdsvis tidspunktet for domsafsigelsen. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning tillade, at ejerperioden forlænges, hvis der foreligger en rimelig begrundelse for, at et-årsfristen for afståelse af den ledige praksis/praksisdel/anparter ikke kan overholdes.

Stk. 11.

Læger, der udfører lægearbejde efter denne overenskomst, har pligt til at tegne en lægeansvarsforsikring. Læger, der deltager i en vagtordning med et vagtydernummer, jf. § 39, stk. 7, skal tilsvarende have tegnet en lægeansvarsforsikring.

§ 13 MEDDELELSE VED DØDSFALD, OPLØSNING AF PRAKSIS OG ANDRE ÆNDRINGER

Stk. 1.

Når en læge dør, meddeler boet snarest muligt regionen, om boet sørger for en stedfortræder for den afdøde, samt om praksis søges videreført ved salg eller bringes til ophør.

Stk. 2.

Ved opløsning af et kompagniskab eller ændringer i sammensætningen heraf, ved nedlæggelse eller overdragelse af en praksis, og ved andre ændringer giver praksis gennem PLO regionen besked herom i rimelig tid, inden ændringen træder i kraft, således at regionen kan gennemføre de fornødne administrative procedurer

Stk. 3.

Regionen skal orientere patienter i de situationer, hvor de skal tilbydes lægeskifte.

NOTE TIL § 13, stk. 3:

Regionerne aftaler med kommunerne i regionen, at kommunerne bistår regionen med administrative opgaver, herunder information af patienter i forbindelse med ændringer i praksis.

§ 14 PRAKSISOPHØR, NÅR PRAKSIS IKKE OVERTAGES AF EN ANDEN LÆGE

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. 3 måneder inden den varslede ophørsdato skal lægen endeligt meddele regionen, om han/hun ophører. Lægen fremsender kopi til PLO.

Stk. 2.

Når en læge har afgivet varsel (6 måneder før) om ophør, skal samarbejdsudvalget drøfte, 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 patienterne kan sikres lægebetjening på sædvanlige overenskomstmæssige vilkår træffer samarbejdsudvalget beslutning herom, når lægen har givet endelig meddelelse om ophør (3 måneder før).

Stk. 4.

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. 5.

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

§ 15 PRAKSISOPHØR, I KOMPAGNISKAB OG DELEPRAKSIS, NÅR PRAKSISDELEN IKKE OVERTAGES AF EN ANDEN LÆGE

Stk. 1.

Hvis en læge i et kompagniskab ophører uden at overdrage sin praksisdel til en ny læge, er hovedreglen at den ledige lægekapacitet overgår til den/de tilbageværende læge(r) som søger at få den ledige praksisdel besat med en ny læge inden for en frist på et år. Senest efter et år skal den ledige praksisdel overdrages til en læge, der tilmeldes denne overenskomst i overensstemmelse med reglerne i § 12 eller der skal være ansat en speciallæge i almen medicin i fast stilling i medfør af reglen i § 20, stk. 1. Fristen på et år regnes fra den dato, pr. hvilken en læge har meddelt praksisophør til regionen

Stk. 2.

Nedenstående varslingsregler og frister samt procedure for håndtering af patienter gælder også, hvis en læge stopper i delepraksis med mange patienter, hvor den ophørende læges kolleger ikke har mulighed for fortsat at have alle patienter tilmeldt.

Stk. 3.

Hvis den/de tilbageværende læger ikke har udsigt til, at den ledige lægekapacitet kan besættes med en ny læge, har lægerne pligt til at varsle dette over for regionen med 6 måneders varsel. Varslet over for regionen afgives så snart en kompagnon over for sine kollegaer i praksis har meddelt, at han/hun agter at ophøre. Varslet kan også afgives på et senere tidspunkt, hvor den/de tilbageværende læger har afsøgt mulighederne for at få den ledige praksisdel besat. Samtidig med 6 måneders varslet gives der besked om, hvor mange patienter praksis har mulighed for at fortsætte med at have tilmeldt. Hvis den ophørende læges kolleger ikke har mulighed for fortsat at have alle patienter tilmeldt, skal de med 3 måneders

varsel give endelig meddelelse til regionen om dette. Samtidig gives afkald på den ledige lægekapacitet.

Stk. 4.

Når regionen har modtaget varsel (6 måneder før) iværksættes samme fremgangsmåde, som er beskrevet i § 14, stk. 2.

Stk. 5.

Når den/de tilbageværende læger har givet endelig meddelelse til regionen om, at der gives afkald på den ledige lægekapacitet (3 måneder før), skal samarbejdsudvalget træffe beslutning om, hvordan de patienter, som praksis afstår, kan tilmeldes en anden læge. Beslutningen træffes som anført i § 14, stk. 3-4.

§ 16 PRAKSISFORMER

Stk. 1.

Almen praksis kan i henhold til denne overenskomst drives som enkeltmandspraksis eller kompagniskabspraksis. Begge praksisformer kan fungere i samarbejdspraksis eller netværkspraksis.

a) Ved enkeltmandspraksis forstås:

Praksis, der drives af én læge eller ét alment lægeselskab uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi.

b) Ved kompagniskabspraksis forstås:

Praksis, der drives af 2 eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale.

Stk. 2.

Den enkelte læge/praksis vælger selv, om praksis drives som personligt ejet virksomhed eller som alment lægeselskab.

Stk. 3.

Ved alment lægeselskab forstås praksis, der drives af en eller flere læger, der har tiltrådt overenskomsten, jf. § 12, og som er ansat i et anpartsselskab, aktieselskab eller andet selskab. Selskabets vedtægter skal være godkendt af PLO, jf. § 17.

Stk. 4.

Anparterne/aktierne i et alment lægeselskab kan ejes af et holdingselskab. Holdingselskabets vedtægter skal være godkendt af PLO, jf. § 17.

Stk. 5.

I alle former for praksis kan medvirke lægelig medhjælp i form af læger i uddannelsesstillinger og derudover ansatte speciallæger i almen medicin i henhold til §§ 20 og 21.

Stk. 6.

Almen praksis kan kun udøves i forbindelse med ét konsultationssted, medmindre regionen har givet en praksis tilladelse til satellitpraksis, jf. § 23 eller en læge har erhvervet flere kapaciteter, jf. stk. 8.

Stk. 7.

En enkeltmandspraksis råder over én lægekapacitet. Hvis praksis har tilladelse til delepraksis, jf. § 22, kan en enkeltmandspraksis drives af 2 læger eller 2 almene lægeselskaber eller en læge og et alment lægeselskab.

En kompagniskabspraksis råder over 2 eller flere lægekapaciteter.

Stk. 8.

Læger kan erhverve ledige kapaciteter af regionen og dermed eje op til 6 kapaciteter på 6 praksisadresser. For disse kapaciteter gælder det, at en kapacitet er lig med et ydernummer. Lægen, som selv virker efter overenskomsten i et ydernummer, kan uden at indhente godkendelse i samarbejdsudvalget ansætte speciallæger i almen medicin i de øvrige erhvervede ydernumre.

NOTE til § 16, stk. 1:

Ved samarbejdspraksis forstås:

Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde og med fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale.

Ved netværkspraksis forstås:

Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde. Der er ikke lokalefællesskab. Der er helt eller delvist fællesskab om klinikpersonale og/eller fællesskab om klinikudstyr/instrumenter. De læger, der indgår i en netværkspraksis, fungerer som stedfortræder for hinanden i tilfælde af sygdom, ferie og andet fravær. Læger i en netværkspraksis er ikke afskåret fra tillige at indgå aftaler med læger uden for netværket om at være sted-

fortræder, eksempelvis hvis der i et konkret tilfælde ikke er en læge inden for netværket, som har mulighed for at passe den fraværende læges patienter.

§ 17 ALMEN PRAKSIS I SELSKABSFORM

Stk. 1.

Læger, der udøver almen praksis i selskabsform, er personligt forpligtede efter overenskomstens almindelige bestemmelser, ligesom det er den enkelte praktiserende læge, der personligt skal til- eller fratræde overenskomsten.

Stk. 2.

Ved et alment lægeselskab forstås i det følgende et selskab, der har til formål at drive almen praksis. Ved et holdingselskab forstås i det følgende et selskab, der har til formål at eje anparterne/aktierne i et alment lægeselskab.

Stk. 3.

PLO kan kun godkende vedtægter for almene lægeselskaber og holdingselskaber, der opfylder de nedenfor under pkt. 1-8 anførte krav. Såfremt andet ikke fremgår, gælder kravene både for almene lægeselskaber og holdingselskaber.

1. Et alment lægeselskab skal indeholde betegnelsen "alment praktiserende læge(r)".
2. Et alment lægeselskabs formål skal beskrives som drift af almen lægepraksis. Et holdingselskabs formål skal beskrives som at eje anparter/aktier i et alment lægeselskab.
3. Hele indskudskapitalen i et alment lægeselskab skal tilhøre:
 - a) læger, der er ansat i selskabet og tilmeldt overenskomst om almen praksis i overensstemmelse med reglerne i § 12, stk. 1 eller
 - b) et eller flere holdingselskaber.
4. I et holdingselskab skal indskudskapitalen ejes 100 % af en eller flere læger, der er tilmeldt overenskomsten i overensstemmelse med reglerne i § 12, stk. 1 og som er ansat i det almene lægeselskab, som holdingselskabet ejer anparter/aktier i.
5. I tilfælde af en læges død kan dennes andel af indskudskapitalen dog ejes af boet i den periode, der er nævnt i § 12, stk. 9.
6. Den stemmeret, der er knyttet til indskudskapitalen, kan kun udøves af ejeren personligt eller ved fuldmægtig. En pant- eller udlægshaver kan ikke udøve stemmeret.

7. Kun læger, der er ansat i selskabet og tilmeldt overenskomsten i overensstemmelse med reglerne i § 12, stk. 1, kan være medlemmer af selskabets bestyrelse eller direktion.
8. Et alment lægeselskab skal respektere de ansatte lægers personlige ansvar for at overholde overenskomstens almindelige bestemmelser, jf. stk. 1. Der gøres herved ingen indskrænkninger i de forpligtelser, der måtte påhvile selskabet.

Stk. 4.

Selskabets vedtægter skal være tilgængelige for PLO og RLTN samt vedkommende region, og der skal til enhver tid kunne forlanges attestati- on fra selskabet om dets ejerforhold.

Stk. 5.

Et alment lægeselskab skal være uberettiget til at afkræve eller modtage honorar, der baseres på overenskomsten, medmindre selskabets vedtægter samt vedtægterne for et eventuelt holdingselskab er godkendt af PLO. Regionen har krav på tilbagebetaling af honorarer, der modtages i strid hermed.

Stk. 6.

PLO meddeler vedkommende region, for hvilke praksis man har godkendt vedtægter vedrørende alment lægeselskab og eventuelt holdingselskab.

NOTE TIL § 17, stk. 3, pkt. 7:

I enkeltmandspraksis kan generalforsamlingen dog i en periode på mak- simalt 12 måneder, efter en direktør er fratrukket på grund af alvorlig syg- dom, ansætte en direktør, der ikke opfylder de anførte krav. I tilfælde af at direktøren i et enkeltmandsselskab afgår ved døden, kan der i den perio- de, hvor boet i henhold til § 12, stk. 9 kan eje indskudskapitalen, ansæt- tes en direktør, der ikke opfylder de anførte krav. Den samlede periode, hvor der på grund af sygdom og dødsfald ansættes en direktør, der ikke opfylder de anførte krav, kan ikke overstige 18 måneder.

§ 18 UDGIFTER TIL UDSKIFTNING AF SUNDHEDSKORT

Stk. 1.

Såfremt en læge har påført regionen nødvendige udgifter til udskiftning af sundhedskort i forbindelse med ændring af oplysninger om læ- gens/praksis navn eller adresse flere gange inden for et kort tidsrum, kan lægen af samarbejdsudvalget tilpligtes at betale et beløb, der står i rime- ligt forhold til den nødvendige udgift.

Stk. 2.

Med henblik på at reducere udgifterne til udskiftning af sundhedskort i forbindelse med ændring af oplysninger om lægens/praksis navn eller adresse kan regionen for så vidt angår kompagniskabspraksis beslutte, at oplysning om læge/praksis på sundhedskortet så vidt muligt gøres neutral. Ved neutral forstås, at de enkelte læger ikke anføres på sundhedskortet, men at praksis i stedet f.eks. betegnes som et lægehus.

ANDRE TILKNYTNINGSFORMER M.V.

§ 19 GENERATIONSSKIFTE

Stk. 1.

Med henblik på at lette praksisoverdragelse har en praktiserende læge ret til at ansætte en speciallæge i almen medicin. Efter 6 måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed op til 5 år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse, samtidig med at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

Stk. 2.

Generationsskiftemodellen i henhold til stk. 1 kan anvendes i områder som praksisplanen udpeger som aktuelt lægedækningstruede.

Stk. 3.

Ligeledes med henblik på at lette praksisoverdragelse kan en praktiserende læge, som ikke har praksis i lægedækningstruede områder jf. stk. 2, ansøge samarbejdsudvalget om tilladelse til at ansætte en speciallæge i almen medicin, uden at have en ledig kapacitet. Efter 6 måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed op til 5 år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse, samtidig med at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

§ 20 ANSATTE LÆGER

Stk. 1.

En praksis kan ansøge samarbejdsudvalget om tilladelse til at besætte en ledig lægekapacitet med en ansat speciallæge i almen medicin i stedet for med en kompagnon. Ligeledes kan der ansøges om, at en delepraksistilladelse effektueres ved ansættelse af en speciallæge i almen medicin. Samarbejdsudvalget imødekommer ansøgningen, med mindre væsentlige hensyn taler imod. Antallet af ansatte læger kan dog maksimalt udgøre halvdelen af antallet af lægekapaciteter tilknyttet en praksis, **jf. dog § 16 stk. 8**. Når en ansat speciallæge udtræder, skal der ansøges om en ny tilladelse fra samarbejdsudvalget, hvis praksis fortsat ønsker at lægekapaciteten besættes med en ansat speciallæge. Samarbejdsudvalget kan vælge at gøre tilladelser tidsbegrænsede.

Stk. 2.

Praksis, der har fået tilladelse efter stk. 1 kan vælge at overgå til sædvanlig ejerskabsmodel, når det ønskes. Regionen orienteres om dette via PLO.

Stk. 3.

Uafhængigt af reglen i stk. 1, har en praksis uden ansøgning til samarbejdsudvalget ret til at ansætte en speciallæge i almen medicin, f.eks. med henblik på kompagniskab, i en periode på ét år, hvis der på grund af en læges praksisophør eller på grund af en tilladelse til udvidelse af praksis er en ledig lægekapacitet i praksis, eller hvis praksis er blevet tildelt en ny tilladelse til delepraksis. Senest efter et år skal den ledige praksisdelt eller delepraksisdelt overdrages til en læge, der tilmeldes denne overenskomst i overensstemmelse med reglerne i § 12 eller der skal være ansat en speciallæge i almen medicin i fast stilling i medfør af reglen i stk. 1. Fristen på et år regnes fra den dato, pr. hvilken en læge har meddelt praksisophør til regionen eller den dato, pr. hvilken samarbejdsudvalget har givet tilladelse til udvidelse af praksis eller tilladelse til delepraksis

Stk. 4.

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

§ 21 TILLADELSE TIL EKSTRA ANSAT LÆGE

Samarbejdsudvalget kan give en praksis tilladelse til – ud over det antal kapaciteter praksis råder over i henhold til lægedækningsberegningen - at ansætte en ekstra speciallæge i almen medicin, hvis den pågældende praksis ved siden af arbejdet i almen praksis stiller arbejdskraft til rådighed for de almenmedicinske institutter ved universiteterne, for funktionen som bedriftslæge, kommunallæge, praksiskoordinator, praksiskonsulent, kvalitetssikringskoordinator, efteruddannelsesvejleder eller tilsvarende, eller for fagpolitisk arbejde. Samarbejdsudvalget kan knytte eventuelle vilkår til tilladelsen.

§ 22 DELEPRAKSIS

Stk. 1.

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

Ved delepraksis forstås, at der optages en ekstra læge i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter.

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 6 timer pr. uge.

Stk. 4.

Tilladelse til etablering af delepraksis er en personlig ordning. 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. 5.

Praksis, der har fået tildelt delepraksistilladelse før 1. september 2014, kan fortsætte på de vilkår, der er fastsat for deres konkrete tilladelse, eller de kan søge om at få fastsat en nedre og øvre lukkegrænse efter reglerne i stk. 2.

NOTE til § 22 stk. 3 og 4

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.

NOTE til § 22, stk. 5:

Såfremt en læge udtræder af sådan delepraksis, og delepraksis fortsat ønskes, skal praksis søge samarbejdsudvalgets tilladelse hertil. Vilkårene for tilladelsen afhænger da af antallet af tilmeldte patienter set i forhold til antal lægekapaciteter, som praksis råder over:

a) hvis praksis har færre end 1.600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, som praksis råder over, vurderes ansøgningen på samme måde som en ansøgning fra en praksis, der ikke tidligere har haft tilladelse til delepraksis,

b) hvis praksis har flere end 1.600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, som praksis råder over, skal praksis enten have tilladelse til at fortsætte delepraksis – dvs. praksis kan tage en ny delelæge ind i stedet for den udtrædende – eller samarbejdsudvalget skal tildele praksis en ny lægekapacitet. Hvis der meddeles tilladelse til fortsat delepraksis, kan samarbejdsudvalget foretage en ny vurdering af og eventuelt ændre den mindste patientkapacitet eller lukkegrænse, der tidligere er fastsat for den pågældende delepraksis, jf. stk. 2. Hvis en praksis er tildelt mere end én delepraksistilladelse behandles ansøgninger om fortsat delepraksis ved en læges udtræden dog altid efter reglen i litra a).

§ 23 SATELLITPRAKSIS

Stk. 1.

Regionen kan give en praksis tilladelse til etablering af en satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted.

Stk. 2.

Satellitpraksis udgør alene et ekstra konsultationssted, og ikke en selvstændig praksis i forhold til overenskomsten. Dog gælder de almindelige regler om flytning og nedlæggelse af praksis også for flytning og nedlæggelse af satellitpraksis, med mindre andet aftales.

Stk. 3.

Der kan aftales indskrænket åbningstid i satellitpraksis afhængig af behov og tildelt lægekapacitet. Hvis satellitpraksis har lukket i dagtiden, har de tilmeldte patienter ret til almen lægehjælp fra det primære konsultationssted. Lægen er forpligtet efter overenskomstens bestemmelser, uanset hvor praksis udøves.

Stk. 4.

Muligheden for at sikre lægedækning i et lokalområde via etablering af satellitpraksis kan indgå i praksisplanen.

§ 24 KOBLING AF YDERNUMMER TIL EN BESTEMT FYSISK LOKALITET

Regionen kan i særlige tilfælde begrundet i praksisplanen og/eller hensynet til lægedækningen i et lokalområde gøre tildeling af et ydernummer betinget af, at praksis ikke kan flyttes i en periode på op til 10 år. Det indebærer, at lægekapaciteten bliver koblet til en bestemt fysisk lokalitet (matrikelnummer).

Betingelsen kan alene stilles i tilfælde, hvor den pågældende praksis drives fra lokaler, som region eller kommune har indrettet og står som udlejer af.

§ 25 YDERNUMRE PÅ LICENS

Stk. 1.

Et ydernummer kan tildeles en læge personligt uden mulighed for videre salg. Muligheden betegnes "ydernummer på licens". **Regionen** kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for lægen. Lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag efter de konkrete omstændigheder.

Stk. 2.

Lægen kan meddele ophør i praksis med et varsel på 6 måneder, hvorefter ydernummeret tilfalder **regionen** til nybesættelse.

Stk. 3.

Lægen kan overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale **med regionen** om værdiansættelse, overtagelse m.v.

HENVISNINGSMULIGHEDER OG SAMSPIL

§ 26 INDLÆGGELSE PÅ SYGEHUSE

Stk. 1.

Lægen kan indlægge patienter på sygehusene efter de i sundhedslovgivningen gældende regler.

Stk. 2.

Indlæggelse sker uden særskilt honorar, hvor ingen særlig lægeerklæring er en forudsætning, jf. § 58.

§ 27 HENVISNING TIL SPECIALLÆGEUNDERSØGELSE OG – BEHANDLING

Stk. 1.

Lægen kan henvise patienter til speciallægeundersøgelse og –behandling, jf. dog stk. 3 og 4. Lægen har pligt til på Sundhed.dk at gøre sig bekendt med fortegnelsen over speciallæger, der er tilmeldt overenskomsten om speciallægehjælp.

Stk. 2.

Såfremt lægen henviser til speciallæge, som han ved ikke er tilmeldt overenskomsten om speciallægehjælp, skal patienten gøres opmærksom på de betalingsmæssige konsekvenser heraf.

Stk. 3.

I det omfang, der ikke er fastsat begrænsning herfor, jf. stk. 4, kan lægen henvise til privatpraktiserende patologer, og for så vidt angår laboratorieundersøgelser henvise til private laboratorier.

Stk. 4.

Regionen kan beslutte, at laboratorieundersøgelser og/eller patologiske undersøgelser skal finde sted i regionens sygehusvæsen, og at lægen ikke kan henvise til private laboratorier eller privatpraktiserende patologer på regionens regning. Såfremt lægen i den situation henviser til private laboratorier eller privatpraktiserende patolog, skal patienten gøres opmærksom på de betalingsmæssige konsekvenser heraf. Regionen kan

fastsætte regler om henvisning til laboratorier, hvormed regionen har særlig overenskomst.

Stk. 5.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag på en af overenskomstens parter og Foreningen af Speciallæger aftalt henvisningsblanket, der angiver det i stk. 2 nævnte forhold. Med henvisningen skal følge relevante anamnesticke oplysninger og meddelelser om resultatet af allerede foretagne undersøgelser.

§ 28 DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER PÅ STATENS SERUM-INSTITUT

Stk. 1.

I det omfang, der ikke er fastsat begrænsning herfor, jf. stk. 2, kan lægen rekvirere undersøgelser på Statens Seruminstitut.

Stk. 2.

Regionen kan træffe bestemmelse om, at kapaciteten for så vidt angår laboratorieundersøgelser skal udnyttes, således at alment praktiserende læger i regionen foretager henvisning til sygehusvæsenet i regionen og ikke henviser til Statens Seruminstitut på regionens regning.

Stk. 3.

Rekvitionen sker efter retningslinier aftalt mellem RLTN og Statens Seruminstitut.

Stk. 4.

Bestemmelser truffet efter stk. 2 og retningslinier efter stk. 3 skal meddeles de praktiserende læger.

§ 29 HENVISNING TIL BEHANDLING VED FYSIOTERAPEUT

Stk. 1.

Lægen kan henvise til fysioterapi. Almen fysioterapeutisk behandling (speciale 51) foregår ved en fysioterapeut i praksissektoren.

Ved henvisning til vederlagsfri fysioterapi, skal lægen oplyse patienten om patientens frie valg til at benytte henvisningen til:

1. fysioterapeutisk behandling i praksissektoren, eller
2. et evt. kommunalt tilbud.

Stk. 2.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag på en af overenskomstens parter og Danske Fysioterapeuter aftalt henvisningsblanket.

NOTE TIL § 29:

Praktiserende læger kan henvise til fysioterapi med tilskud ved en fysioterapeut i praksissektoren i henhold til aftalen af 07-06-2011 om almindelig fysioterapi mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter. Praktiserende læger kan endvidere henvise 1) personer med varigt svært fysisk handicap og 2) personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom til vederlagsfri fysioterapi. Ordningen om vederlagsfri fysioterapi omfatter personer med:

- *Medfødte eller arvelige sygdomme*
- *Erhvervede neurologiske sygdomme*
- *Fysiske handicap som følge af ulykke*
- *Nedsættelse af led og/eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme.*

Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi (juli 2008) beskriver de nærmere retningslinjer for adgang til vederlagsfri fysioterapi, herunder en afgrænset diagnoseliste.

Vederlagsfri fysioterapi skal have til formål at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller forhale forringelse af funktioner.

En person, som kan klare sig selv indendørs i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, har ikke et svært fysisk handicap.

Personer uden svært handicap, men med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, skal som udgangspunkt henvises til holdtræning.

Lægen kan også henvise til ridefysioterapi med tilskud. Berettiget til ridefysioterapi med egenbetaling er blinde og svagtseende m.fl. samt efter regionens særskilte beslutning personer med Downs syndrom, autisme, muskelsvind m.fl.

Derudover kan den patientgruppe, der kan henvises til vederlagsfri fysioterapi som følge af varigt, svært fysisk handicap, også henvises til vederlagsfri ridefysioterapi.

§ 30 HENVISNING TIL BEHANDLING VED PSYKOLOG

Stk. 1.

Lægen kan ordinere behandling ved psykolog.

Stk. 2.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag på en af overenskomstens parter og Dansk Psykolog Forening aftalt henvisningsblanket.

NOTE TIL § 30:

Praktiserende læger kan henvise til psykologhjælp efter overenskomst om psykologhjælp mellem RLTN og Dansk Psykolog Forening. Berettiget til psykologhjælp efter overenskomsten er:

1. *røveri-, volds- eller voldtægtsofre,*
2. *trafik og ulykkesofre,*
3. *pårørende til alvorligt psykisk syge personer,*
4. *personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom,*
5. *pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom,*
6. *pårørende ved dødsfald,*
7. *personer, der har forsøgt selvmord,*
8. *kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge*
9. *personer, der inden de fyldte 18 år har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb*
10. ***personer med en let til moderat depression, og på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år,***
11. ***personer med let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og på henvisningstidspunktet er i aldersgruppen 18 til og med 38 år.***

Henvisning til de ovenfor nævnte personkategorier mellem 1-8 kan ikke udstedes senere end 12 måneder efter begivenheden, der er årsag til opståede krise.

Henvisning til personer, der er omfattet af kategori 9, 10 og 11 kan ske uden tidsbegrænsning.

Der ydes tilskud til indtil 12 konsultationer pr. behandlingsforløb. Til personer omfattet af henvisningskategori 10 og 11 er der mulighed for genhenvisning til yderligere 12 behandlinger.

Som grundlag for henvisning og genhenvisning af personer, der er omfattet af kategori 10 og 11, skal henvisningen ske i henhold til bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte

persongrupper bilag 1. Det er patientens alder på henvisningstidspunktet, der er bestemmende for, om vedkommende er berettiget til tilskud til psykologbehandling.

Når psykologbehandlingen afsluttes eller i forbindelse med at en patient skal have en genhenvisning til depressions- og angstbehandling, sender psykologen en elektronisk epikrise til patientens læge med relevant information.

Henvisningen er kun gyldig, hvis psykologen modtager den senest 1 måned efter udstedelsen.

§ 31 HENVISNING TIL BEHANDLING VED FODTERAPEUT

Stk. 1.

Praktiserende læger kan ordinere behandling ved praktiserende fodterapeut, hvis patienten har fået konstateret:

- a) diabetes, og et heraf afledt behov for fodbehandling. Patienten henvises som udgangspunkt til årlig fodstatus. Fodterapeuten vurderer på grundlag af undersøgelse og risikovurdering behovet for regelmæssig fodbehandling og evt. aflastningsterapi (speciale 54)
- b) symptomgivende unguis incarnatus (nedgroede tånegle) (speciale 55)
- c) arvæv efter strålebehandling (speciale 59)
- d) svær leddegigt, hvormed forstås leddegigt, der medfører begrænset eller tabt funktion i ben eller arme, hvor få eller ingen sædvanlige arbejdsopgaver kan klares, og hvor personen har nedsat evne til selvhjælp og som følge heraf ikke kan varetage egen fodpleje (speciale 60).

Stk. 2.

Henvisningen skal være ledsaget af relevante oplysninger og data, herunder særligt om følgesygdomme som for eksempel iskæmi. Lægen modtager relevante oplysninger og data om patientens fodstatus fra fodterapeuten.

Stk. 3.

For så vidt angår de kroniske lidelser (stk. 1, litra a, c, d) er henvisningen normalt tidsbegrænset. Henvisning til behandling for nedgroede tånegle

(stk. 1, litra b) er gældende, indtil sygdommen er færdigbehandlet, dog maksimalt i 12 måneder.

Stk. 4.

Lægen kan henvise til hjemmebehandling, hvis patientens tilstand midlertidigt eller varigt udelukker transport til klinikken. Hvis tilstanden midlertidigt udelukker transport til klinikken, udløber henvisningen efter 12 måneder.

Stk. 5.

Henvisningen udstedes uden særligt vederlag på en af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter, Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger aftalt henvisningsblanket.

§ 32 ORDINATION AF LÆGEMIDLER

Ved ordination af lægemidler, hvortil der ydes tilskud, anvendes recepter, som regionerne stiller til rådighed, jf. § 84, stk. 2. Recepten udfyldes med patientens personnummer, navn og adresse og lægens ydernummer. Recepternes fremstilling aftales mellem parterne.

§ 33 ORDINATION/REKVISITION AF ILTBEHANDLING

Praktiserende lægers ordination/rekvision af iltbehandling på sygehusvæsenets regning finder sted i overensstemmelse med de retningslinier, der er fastsat herom i den region, hvor patienten har bopæl.

REKVISITIONER

§ 34 REKVISITION AF IMMUNGLOBULINER OG VACCINER

Stk. 1.

Lægen kan fra Statens Serum Institut eller fra apotek vederlagsfrit rekvirere følgende til anvendelse i forbindelse med konkret udsættelse for smitte:

1. Immunglobulin mod mæslinger, stivkrampe, hepatitis A og rabies.
2. Vaccine mod difteri, stivkrampe, polio, mæslinger, røde hunde, fåresyge, rabies og meningokoksygdom.

Endvidere kan lægen rekvirere immunglobulin til forebyggelse af rhesusimmunisering samt ved antimangelstofsyndrom.

Stk. 2.

Ajourføring af de under stk. 1 nævnte immunglobuliner og vacciner kan ske efter forhandling mellem RLTN og Statens Seruminstitut.

Stk. 3.

Rekvosition sker efter særlige retningslinier aftalt mellem RLTN og Statens Seruminstitut. Retningslinierne meddeles de praktiserende læger.

§ 35 REKVISITION AF LÆGEMIDLER I ØVRIGT

Stk. 1.

Lægen kan til brug i praksis og under vagttjeneste vederlagsfrit rekvirere de i henhold til stk. 2 fastsatte tilskudsberettigede lægemidler, der anvendes i umiddelbar tilknytning til behandlingen.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget udarbejder en oversigt over tilskudsberettigede lægemiddelgrupper, som kan rekvireres i umiddelbar tilknytning til behandlingen.

Stk. 3.

Til patienternes egen anvendelse kan lægen vederlagsfrit rekvirere og udlevere lægemidler i en mængde, der svarer til patientens behov, indtil lægemidlet kan fremskaffes eller forsendes fra apotek. Udleveringen sker i henhold til de af Sundhedsstyrelsen angivne regler herfor, jf. Sundhedsstyrelsens seneste cirkulære om ikke-distribuerende lægers udlevering af lægemidler.

Stk. 4.

Rekvositionen af lægemidler sker på en aftalt blanket, der stilles til rådighed for lægen.

Stk. 5.

Regionen fastsætter, efter drøftelse i samarbejdsudvalget, regler for rekvositionens praktiske gennemførelse.

§ 36 REKVISITION AF FORBINDSSTOFFER M.V.

Stk. 1.

Til brug i første behandling kan vederlagsfrit rekvireres de i henhold til stk. 2 nævnte artikler.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget udarbejder en oversigt over grupper af forbindsstoffer m.v., der kan rekvireres til brug i første behandling. Samarbejdsudvalget fastsætter, hvilke artikler der kan rekvireres inden for de enkelte grupper. Det pålægges samarbejdsudvalgene i forbindelse med fastsættelsen af, hvilke artikler der kan rekvireres, at tage økonomiske hensyn.

Stk. 3.

Rekvitionen af forbindsstoffer m.v. sker på en blanket, der stilles til rådighed for lægen. Regionen fastsætter, efter drøftelse i samarbejdsudvalget, regler for rekvisionens praktiske gennemførelse.

LÆGEVAGT

§ 37 VAGTTIDENS OMFANG OG OPDELING

Stk. 1.

Ved vagttid forstås tidsrummet kl. 16.00–8.00 på hverdage (mandag til fredag) samt kl. 0.00–24.00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage og søn- og helligdage.

Stk. 2.

Ved A-vagten forstås tidsrummet kl. 16.00–22.00 på hverdage (mandag til fredag), kl. 8.00–20.00 på lørdage, samt kl. 8.00–20.00 på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, der ikke falder på søn- og helligdage.

Stk. 3.

Ved B-vagten forstås alle tidsrum, der ikke er omfattet af A-vagten, jf. stk. 2, eller af dagtiden, jf. § 44; det vil sige alle dage kl. 0.00–8.00, hverdage (mandag til fredag) kl. 22.00–24.00, grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag og lørdage kl. 20.00–24.00, samt søn- og helligdage kl. 8.00–24.00.

§ 38 TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Regionen er ansvarlig for tilrettelæggelsen af lægebetjeningen uden for de alment praktiserende lægers dagarbejdstid.

Stk. 2.

Lægebetjeningen tilrettelægges således, at det sikres at patienter, der har behov for (almen) lægehjælp i vagttiden, på rimelig måde kan få adgang til denne lægehjælp.

Stk. 3.

Tilrettelæggelsen sker samordnet med øvrigt sundhedsmæssigt beredskab uden for dagtiden og i fornødent omfang samordnet med andre regioner.

Stk. 4.

Regionen kan efter drøftelse i samarbejdsudvalget beslutte, at tilrettelæggelsen af lægebetjeningen uden for dagtiden for hele eller dele af regionen finder sted på anden måde end efter §§ 39 og 40. Alment praktiserende lægers deltagelse i sådanne vagtordninger kan ske ved indgåelse af lokalaftaler herom. Drøftelse og beslutning i henhold til 1. punktum foretages på grundlag af præcis beskrivelse af forslag til tilrettelæggelse af lægebetjeningen uden for dagtiden, herunder med præcis beskrivelse af virkningerne for den overenskomstmæssige lægebetjening uden for dagtiden, og der skal ved tilrettelæggelsen efter 1. punktum sikres en hensigtsmæssig gennemførelse, herunder med fastsættelse af rimelige frister for, hvornår en nyordning kan iværksættes. Såfremt regionen beslutter at tilrettelægge lægebetjeningen på anden måde, kan de alment praktiserende læger inden for samme frist frasige sig ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden, jf. i øvrigt §§ 37 til 40.

Beslutningen om en ændret tilrettelæggelse i henhold til 1. punktum kan iværksættes med et varsel på mindst 12 måneder til den 1. i en måned.

Stk. 5.

De alment praktiserende læger har ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden efter §§ 39 og 40. **Klinikker drevet med hjemmel i sundhedslovens § 227 indgår ikke i lægevagtsbetjeningen. Klinikkerne bidrager dog til driften af regionens lægevagtsordning via lægevagtskontingent, på samme vilkår som regionens øvrige alment praktiserende læger.**

§ 39 LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Til varetagelse af lægebetjeningen uden for dagtiden etablerer de alment praktiserende læger vagtordninger. Regionen træffer efter drøftelse i samarbejdsudvalget beslutning om, på hvilke vilkår vagtordninger kan til-

rettelægges af de alment praktiserende læger. Den endelige tilrettelægelse sker ved aftale mellem regionen og de omfattede læger. Medmindre der ikke er grundlag herfor, etableres vagtordningerne som visitationsvagtordninger, jf. § 40. Samarbejdsudvalget beslutter, hvorvidt der i en eller flere vagtordninger ikke er grundlag for etablering af visitation. Visitationsvagtordninger forudsætter, at vagtordningen i den tid, der er visitation, har en sådan størrelse, at der er en effektiv anvendelse af visitator.

Stk. 2.

Vagtordninger skal tilrettelægges, så det sikres, at vagtbelastningen for lægerne i området ikke bliver urimelig. Det skal derfor tilstræbes, at vagtordningerne omfatter et så stort antal læger, at vagtbelastningen i almindelighed ikke bliver under 15-skiftet i A-vagten og under 35-skiftet i B-vagten. Det skal tilstræbes, at alle læger får mulighed for, at deres praksis er med i en vagtordning.

Stk. 3.

På øer, hvor antallet af læger gør det umuligt at tilrettelægge en vagtordning som nævnt i stk. 2, honoreres lægerne med et vagtberedskabshonorar på kr. 126,68 pr. time udover ydeshonorarer i henhold til § 56. Ingen enkeltlæge kan dog få mere end kr. 337.798,34 i vagtberedskabshonorar på et år, medmindre der i samarbejdsudvalget er enighed herom.

Stk. 4.

Såfremt en region ønsker etableret en eller flere vagtordninger, der er mindre end 10-skiftet i A-vagten og 25-skiftet i B-vagten, kan sådanne vagtordninger etableres under forudsætning af betaling af et vagtberedskabshonorar, hvis størrelse aftales i samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

Enhver vagtordning skal tilrettelægges, så den er velfungerende samt arbejdsmæssigt og økonomisk effektiv. Ved tilrettelæggelsen af vagtordninger skal der ved aftale mellem regionen og de omfattede læger træffes bestemmelse om løsning af de praktiske problemer, som vagtlægeordningen giver anledning til.

Stk. 6.

I enhver vagtordning skal en af områdets alment praktiserende læger have tilsyn med, at ordningen fungerer, og drage omsorg for, at der gives patienten den fornødne oplysning om vagtordningens tilrettelægelse og benyttelse.

Stk. 7.

Følgende læger kan søge og få vagtydnumre og dermed deltage selvstændigt i en vagtordning uden at være tilmeldt overenskomsten om almen praksis:

- 1) Vagtydnummer med ret til at fungere som visitator:
 - a) Speciallæger i almen medicin
 - b) Uddannelsesamanuenser i fase III (hvis det er besluttet i samarbejdsudvalget)

- 2) Vagtydnummer uden ret til at fungere som visitator:
 - a) Uddannelseslæger
 - b) Læger uden speciallægeanerkendelse, hvis der foreligger en dispensation fra samarbejdsudvalget.
 - c) Læger, der hidtil har arbejdet i vagtordninger med selvstændigt vagtydnummer.

På alle vagter, hvor vagthavende læge ikke opfylder betingelserne for at betegne sig som alment praktiserende læge, skal der være en bagvagt, der opfylder disse betingelser. De i vagtordningen deltagende læger kan aftale, at deres lægelige medhjælp deltager i vagtordningen, og at der deltager vikarer. Regionen og PLO-regionalt kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges anvendelse af vikar i vagten til genstand for drøftelse i samarbejdsudvalget.

Stk. 8.

En læge, der er fyldt 60 år, skal fritages for at deltage i vagtordningen, hvis han kan anvise en anden læge, der er indstillet på at overtage hans vagtforpligtelse. Det er en forudsætning, at den læge, der overtager vagtforpligtelsen, enten er praktiserende læge i den pågældende region eller opfylder betingelserne for at få udstedt et vagtydnummer, jf. stk. 7.

NOTE TIL § 39, stk. 8:

Bestemmelsen ændrer ikke ved forholdene i de regioner, hvor deltagelsen i vagtordningen er frivillig.

§ 40 VISITATION I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Vagtordninger tilrettelægges for hele eller dele af vagttiden som visitationsvagtordninger, jf. dog § 39, stk. 1, hvor der er mindst 2 læger på vagt, således at en eller flere læger er til rådighed for telefonisk visitation af henvendelser om lægehjælp i det tidsrum, vagtordningen fungerer som

visitationsvagtordning. Vagtområdet for telefonvisiterende læger kan omfatte en eller flere vagtordninger.

Stk. 2.

Honorering sker som nævnt i § 56 og afregning finder sted som nævnt i § 80.

Stk. 3.

Regionen kan beslutte at stille de nødvendige faciliteter i form af lokaler, telefon m.v. til rådighed for de telefonvisiterende læger.

Stk. 4.

Sygehusansatte læger eller sygeplejersker kan, når en patient henvender sig på en skadestue eller –klinik, på patientens vegne kontakte lægevagten's visitator med henblik på, at patienten visiteres af lægevagten. De nærmere procedurer herfor aftales lokalt.

KAPITEL V. TILGÆNGELIGHED OG SERVICE

§ 41 PRAKSISDEKLARATIONER

Stk. 1.

Med henblik på at tilvejebringe uddybende information til brug for patienten **blandt andet ved** lægevalg, udarbejdes for hver praksis en praksisdeklaration som offentliggøres på Den fælles offentlige sundhedsportal, sundhed.dk.

Stk. 2.

Af praksisdeklarationen skal fremgå følgende:

- a) praksisnavn, konsultationsadresse, telefonnummer, hjemmeside-adresse,
- b) antallet af samt navn, køn og alder på læger, herunder ansatte speciallæger i almen medicin jf. § 16, stk. 8, § 20 og § 21,
- c) hvorvidt der er ansat klinikpersonale og i så fald, hvilke funktioner klinikpersonalet varetager. De oplysninger der meddeles om personalets funktioner skal være relevante.
- d) om praksis varetager uddannelse af læger, om der er tale om enkeltmands- eller kompagniskabspraksis,
- e) at praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne og oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende elektronisk kommunikation ved udlevering af password,
- f) hvornår lægen kan træffes med henblik på telefonkonsultation. Hvis lægen har åben konsultation, skal tidsrummet for den åbne konsultation fremgå. Hvis lægen har tidsbestilling, skal det fremgå, hvornår tidsbestilling kan finde sted,
- g) om parkeringsforhold, udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter tilgodeser bevægelseshæmmede patienter,
- h) fra hvilket år, lægen har været nedsat som praktiserende læge,
- i) lægens eventuelle interesseområder angivet ved medlemskab af faglige selskaber, samt endelig
- j) om praksis er åben eller lukket for tilgang
- k) lægevagts telefonnummer og åbningstider
- l) oplysning om ferie og (længerevarende) fravær samt oplysninger om navn, telefonnummer og eventuel hjemmeside vedrørende stedfortrædere. Med ferie og længerevarende fravær menes fravær, som rækker ud over tre på hinanden følgende hverdage.
- m) resultatet af patienttilfredsundersøgelse jf. § 93
- n) oplysninger om hvilke efteruddannelsesstilbud lægen har gennemført

Stk. 3.

Herudover kan den enkelte lægepraksis efter eget ønske meddele supplerende oplysninger af saglig og relevant karakter, eksempelvis nærmere beskrivelse af geografisk beliggenhed, herunder adgang til offentlige transportmidler, og relevante links.

Stk. 4.

De i stk. 2 a), b) og h) nævnte oplysninger samt klinikkens CVR-nummer skal af lægen meddeles regionen på en af parterne udarbejdet blanket eller ved anvendelse af en af parterne udarbejdet snitflade for elektronisk indberetning og opdatering. De i stk. 2 j)-k) nævnte oplysninger tilvejebringes af regionen.

De i stk. 2 c) - g), i) og l)-n) nævnte obligatoriske oplysninger og stk. 3 nævnte supplerende oplysninger indtastes og vedligeholdes af den enkelte læge i en snitflade stillet til rådighed via sundhed.dk.

NOTE TIL § 41:

PLO har stillet en række betingelser for at acceptere den i § 41, stk. 2 l) nævnte pligt for lægerne til at indtaste og vedligeholde oplysninger om ferie og fravær: Det er en forudsætning, at der er udviklet mulighed for at linke direkte til vikarierende lægers praksisdeklarationer. Endvidere er det en forudsætning, at Sundhed.dk etablerer sikkerhed for, at der ikke gives adgang til lægens hemmelige telefonnummer uden særlig aftale. Endelig er det en forudsætning, at der gives adgang for lægen til at rette egne data via digital signatur.

Muligheden for at vise ansatte læger jf. § 41, stk. 2 b) afventer at faciliteten implementeres i "find behandler" vejviseren på Sundhed.dk.

De i stk. 2 nævnte oplysninger, hvortil der ikke er felter oprettet i praksisdeklarationen på Sundhed.dk, registreres i fritekstfelterne "aktuelt" eller "generelt". Når Praksys.dk er implementeret forventes alle oplysninger i stk.2 at skulle registreres elektronisk.

§ 42 LEGITIMATION

Stk. 1.

Enhver sikret, der søger lægehjælp, skal over for lægen legitimere sig som berettiget til den søgte lægehjælp ved forevisning af gyldigt sundhedskort, jf. Sundhedsloven § 12, eller ved forevisning af den legitimation, som er nævnt i "Bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren".

Stk. 2.

I tilfælde, hvor det ikke har været muligt straks at fremskaffe den omhandlede legitimation, jf. stk. 1, skal legitimationen snarest tilvejebringes og forrevises lægen. Regionen skal dog honorere denne første lægehjælp, hvis vedkommende er sikret.

Stk. 3.

Såfremt patienten ikke på den anførte måde legitimerer sig, er lægen berettiget til at afkræve den pågældende betaling, som om pågældende ikke var sikret.

§ 43 VILKÅR FOR LÆGEHJÆLP

Stk. 1.

Undersøgelse og behandling bør foregå i lægens konsultation, medmindre sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg.

Stk. 2.

Dette forhold bør fremhæves over for patienter af både læger og regioner.

Stk. 3.

Patienter, der har en tidsaftale, er forpligtet til at overholde denne eller melde afbud, og må acceptere de ventetider, der kan opstå, bl.a. som følge af lægens forpligtelse til at varetage den enkelte sygdomsbehandling.

§ 44 DAGTIDEN

Ved dagtid forstås tidsrummet kl. 8.00-16.00 på hverdage (mandag til fredag), bortset fra grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, der falder på hverdage (mandag til fredag).

§ 45 TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I DAGTIDEN

Konsultation

Stk. 1.

- a. Lægen holder mandag til fredag hver dag konsultation uden tidsbestilling (åben konsultation) og/eller konsultation med tidsbestilling.
- b. Lægen skal mindst 1 gang pr. uge have konsultation efter kl. 16. Konsultation efter kl. 16 er fortrinsvis en service for patienter, hvis arbejde forhindrer dem i at benytte konsultationen i dagtiden. Hvis lægen kun har sen konsultation én gang om ugen, må dette ikke

være om mandagen. Åben konsultation må gerne være sammenfaldende med den sene konsultationstid. Dagkonsultationen kan bortfalde den dag, lægen eventuelt har sen åbningstid. Lægen kan endvidere give mulighed for ikke akutte konsultationer på andre tidspunkter til almindelig dagtidshonorering.

- c. Lægen skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling således, at patienter sædvanligvis kan få konsultation senest 5. hverdag efter tidsbestillingen.
- d. Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16.00 samme dag hos egen læge eller en eller flere over for lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med.
- e. Hvis en læge i sin sene konsultationstid efter kl. 16 søges af en patient, der ikke er tilmeldt lægen, men har et akut behandlingsbehov, der ikke kan afvises, er lægen berettiget til at udfærdige regning på et vagthonorar. Ved ikke-akutte tilfælde henvises patienten til egen læge.

Telefoniske henvendelser

Stk. 2.

- a. Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes. Henvisninger m.v. ved hjælp af telefonsvarer skal være præcise og aktuelle.
- b. Lægen er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning. Lægen kan give mulighed for telefoniske henvendelser på andre tidspunkter.
- c. Telefontiden eller en del heraf kan være den samme som tiden for anmodning om sygebesøg.
- d. Læger, der afholder konsultation med tidsbestilling, skal i et fast tidsrum hver dag fra mandag til fredag give mulighed for tidsbestilling. Tidsrummet for tidsbestilling skal være forskelligt fra tidsrummet for telefonkonsultation, såfremt sammenfald af de to funktioner forhindrer en rimelig adgang til at komme i kontakt med lægen eller klinikpersonalet.

Elektronisk kommunikation

Stk. 3.

- a. Lægen skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-konsultation.
- b. Ved e-konsultationer skal der være tale om enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. E-konsultation omfatter også svar på laboratorieundersøgelser, der sendes efter aftale med patienten.
- c. Der honoreres ikke for lægens svar på patientens eventuelle supplerende spørgsmål eller for lægens afvisning af patientens anmodning om e-konsultation. Der honoreres heller ikke for tidsbestilling eller receptfornyelse.

Sygebesøg

Stk. 4.

- a. Lægen er forpligtet til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg, jf. § 43, stk. 1. Med mindre andet **er aftalt** gælder sygebesøgsforpligtelsen dog ikke patienter, der har fast bopæl (folkeregisteradresse) mere end 15 km fra lægens klinik.
- b. Besøg aflægges som udgangspunkt ikke uden aftale.
- c. Lægen skal i sin vurdering af, om et sygebesøg er nødvendigt, tillægge det betydning, såfremt patienten er bevægelsehæmmet.

Stk. 5.

Bestemmelserne i stk. 1-4 finder tillige anvendelse i tilfælde, hvor personale i kommuner og regioner samt pårørende til patienten med det fornødne samtykke fra patienten handler på dennes vegne, eller hvor pårørende eller en værge efter sundhedsloven har kompetencen til at indtræde i patientens rettigheder.

NOTE til § 45, stk. 4, litra a:

De patienter, som lægen før den 1. september 2014, har accepteret tilmeldt praksis trods det, at de har bopæl mere end 15 km. fra praksis kan forsat få sygebesøg. Regionen fremsender en gang årligt lister over disse patienter til de relevante læger.

§ 46 LÆGERS FRAVÆR FRA PRAKSIS

Stk. 1.

Når lægen (i kompagniskab lægerne) som følge af fravær fra praksis er forhindret i at yde de til praksis tilmeldte patienter fornøden lægehjælp,

skal praksis sørge for, at nødvendig lægehjælp kan ydes af nabolæger, der har indvilget heri, eller af vikar.

Stk. 2.

Regionen og PLO-regionalt kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges fravær fra praksis til genstand for drøftelse i samarbejdsudvalget.

§ 47 ADGANGS- OG INDRETNINGSFORHOLD VEDRØRENDE LÆGENS KONSULTATION

Stk. 1.

Alle læger skal tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle læger, hvor det er muligt, tilstræbe at der er adgang til handicapparkering i nærheden af praksis.

Stk. 2.

Ved nybygning og væsentlig ombygning af praksis er det et krav, at der i overensstemmelse med byggelovgivningens regler etableres niveaufri adgang og indrettes handicaptoilet.

NOTE TIL § 47:

Parterne finder det vigtigt, at bevægelseshæmmede i forbindelse med lægevalg får et bedre grundlag for at vurdere handicapvenligheden i de enkelte lægepraksis. Parterne vil derfor udbygge de oplysninger om handicapvenlighed, som findes på sundhed.dk, og etablere en søgemulighed hvor borgere kan søge på læger ud fra kriterier om handicapvenlighed.

KAPITEL VI. HONORARER OG REGULERING

NOTE TIL kapitel VI:

Alle beløb i kapitel VI er honorarer, angivet i 01-04-2014-niveau. Beløbene reguleres som anført i § 62 bortset fra attesttaksterne i § 58, stk. 3, som reguleres i henhold til statslig aftale.

§ 48 BASISHONORAR

Basishonorar udgør pr. gruppe 1-sikret 100,74 kr. for et kvartal.

§ 49 PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR

Praksisomkostningshonoraret pr. læge udgør årligt kr. 15.982,99.

§ 50 GRUNDYDELSER I DAGTIDEN

0101.	Konsultation	133,84
0105.	E-konsultation	42,07
0120.	Aftalt specifik forebyggelsesindsats	360,34
0121.	Opsøgende hjemmebesøg (skrøbelige ældre, normalt over 75 år)	759,98
0122.	Abortstøttesamtale	379,97
0201.	Telefonkonsultation	26,21
0411.	Sygebesøg indtil 4 km (zone I)	206,34
0421.	Sygebesøg fra påbeg. 5 km indtil 8 km (zone II)	241,88
0431.	Sygebesøg fra påbeg. 9 km indtil 12 km (zone III)	275,33
0441.	Sygebesøg fra påbeg. 13 km indtil 16 km (zone IV)	309,00
0451.	Sygebesøg fra påbeg. 17 km indtil 20 km (zone V)	342,91
0461.	Sygebesøg fra påbeg. 21 km:	363,89
2301.	For hver påbegyndt km udover 21 km	8,40
0491.	Sygebesøg på ruten	206,34
0102.	Behandling af 2. og følgende patient i samme hjem, jf. § 66, stk. 1	133,84

Note:

I forbindelse med ydelse 0121, opsøgende hjemmebesøg, ydes kørselsgodtgørelse efter § 61 og tidsforbrugstillæg svarende til § 94, stk. 2 c).

§ 51 TILLÆGSYDELSER

2101. Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse (skal blod-

	prøven sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse)	45,86
2102.	Udtagning af prøve af livmodermund og -hals til cytologisk undersøgelse, inkl. forsendelse ¹⁾	32,76
2104.	Blærekateterisation (ekskl. udgifter til kateter)	137,58
2105.	Fjernelse af fremmedlegeme(r) fra øje, øregang, næse og svælg (kun én ydelse uanset om der i samme konsultation fjernes et eller flere fremmedlegemer)	91,72
2107.	Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl (uanset antal under negl eller under hud fra samme legemsdel. Ydelsen gælder ikke suturfjernelse)	91,72
2108.	Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk	91,72
2109.	Anlæggelse af immobiliserende bandager	91,72
2136.	Anoskopi	91,72
2111.	Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led	183,44
2112.	Første behandling af større sår	183,44
2113.	Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog, inkl. forsendelse	183,44
2115.	Fjernelse af negl	275,17
2117.	Fjernelse af subkutane eller dybereliggende svulster, inkl. evt. forsendelse til patologisk undersøgelse (ekskl. vorte)	275,17
2118.	Operation for dybereliggende betændelse (eksempelvis åbning af byld)	275,17
2119.	Tapning af væskeansamling fra større led i terapeutisk øjemed, og ikke i diagnostisk øjemed eller ved indsprøjtning	275,17

2120.	Venesectio tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande	275,17
2121.	Andre betydelige operationer (eksempelvis vabratio eller tilsvarende indgreb)	366,89
2122.	Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	366,89
2123.	Reposition af store leddskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder	366,89
2124.	Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger	366,89
2125.	Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande	366,89
2131.	Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og 2)	137,58
2134.	Ligsyn med udfyldelse af dødsattestens side 1	98,27
2135.	Udfyldelse af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsstyrelsen	39,31
2133.	Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver	32,76
2137.	Udtagelse og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumpe (forsendelse efter nærmere aftale med regionen)	275,17
2138.	Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema	91,72
2141.	Fortsat kontrol af svangerskabsforebyggende teknik	45,86
2142.	Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik	91,72
2143.	Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterili-	

	sation	137,58
2144.	Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af implanon (ekskl. udgifter til spiral og implanon)	183,44
2145.	Fjernelse af implanon	275,17
2146.	Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling	137,58
2149	Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests	200,48
2161.	Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret tolk ²⁾	126,65

1) Såfremt det besluttes i regionen, at man ønsker iværksat særlig tilrettelagt undersøgelse mod livmoderhalskræft (generelt forebyggende undersøgelser), kan ydelse 2102 anvendes inden for denne overenskomst og tillægsoverenskomst om nettoafregning. Samarbejdsudvalget træffer beslutning om den nærmere realisering, herunder vedrørende eventuelle informationskampagner over for kvinderne, vedrørende eventuelle indkaldelsesprocedurer og procedurer vedrørende meddelelse af undersøgelsesresultat samt vedrørende særlige blanketter til brug ved registrering af undersøgelserne, idet det forudsættes, at dette ikke påfører lægerne særskilt merarbejde. Merudgifterne til administrationen, herunder indkaldelse af patienter, afholdes af regionen.

2) Regionen meddeler lægerne, hvilke tolke/tolkebureauer der betragtes som kvalificerede.

Stk. 2

Følgende af de i stk. 1 anførte tillægsydelser kan ikke anvendes i vagttiden: 2101, 2102, 2113, 2117, 2120, 2121, 2138, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146 og 2149.

§ 52 INSTITUTIONSTILLÆG, DAG- OG VAGTTID

1208. Tillæg til ydelse til 2., 3. og følgende patient ved besøg på andre institutioner end plejehjem, jf. 66, stk. 2 31,90

§ 53 SAMTALETERAPI

Stk. 1.

6101.	Samtaleterapi	379,97
6201.	Tillæg pr. ekstra person, maks. 3 (afregnes på cpr-nummeret for den/de ekstra person(er))	94,34

Stk. 2.

Lægen skal, som et led i ydelsen, ICPC kode de patienter der modtager ydelsen, med henvendelsesårsag og indikation.

Stk. 3.

Der kan højst ydes 7 samtaleterapikonsultationer pr. patient pr. løbende år.

Stk. 4.

Læger, der yder samtaleterapi, skal i relevant omfang deltage i supervisionsmøder enten internt mellem alment praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiater. Der ydes ikke særskilt honorering for deltagelse i supervisionsmøder.

Lægerne skal dokumentere kvalifikationer på forlangende af regionen, herunder deltagelsen i supervisionsmøder.

Stk. 5.

Samarbejdsudvalget kan udelukke enkeltlæger fra at tilbyde ydelsen, hvis ydelsen ikke anvendes i overensstemmelse med kravene.

NOTE til § 53

Grundydelsen samtaleterapi kan ikke anvendes i de regioner, hvor der pr. 1. januar 2011 er en lokalaftale vedrørende samtaleterapi. Hvis lokalaftalerne opsiges, kan lægerne anvende overenskomstens grundydelse for samtaleterapi efter udløb af de pågældende lokalaftaler.

Ydelsen kan ikke anvendes i vagttiden.

§ 54 TILLÆG FOR PATIENTLEDSAGELSE I AMBULANCE OG REJSETILLÆG TIL ØER, HVOR DER IKKE ER BOSAT LÆGER

2201.	Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i dagtiden	123,39
2502.	Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse	

begæret i A-vagten	195,38
2502. Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse	
begæret i B-vagten	240,63

§ 55 TILLÆG VED BEHANDLING AF PERSONER, DER IKKE ER TILMELDT EN LÆGE

Nedennævnte ydelser 2401 og 2402 er tillæg til overenskomstens almindelige honorarer, når der ydes lægehjælp til persongrupper, som i henhold til internationale regler er berettiget til vederlagsfri behandling.

2401.	Anvendes når en person	
	<ul style="list-style-type: none">• Foreviser EU-sygesikringskort udstedt i udlandet• Er udenlandsk statsborger og foreviser EU-sygesikringskort udstedt i Danmark• Er udenlandsk statsborger og foreviser særligt sundhedskort• Erklærer at være sygesikret i et andet nordisk land (Sverige, Finland, Norge, Island)• Foreviser et United Kingdom-pas, hvor personen er betegnet som "British citizen"• Er udenlandsk statsborger og foreviser en blanket S3• Er færing på midlertidigt ophold i Danmark og foreviser færøsk sygekassebevis A eller B• Er grønlander og opholder sig midlertidigt i Danmark	183,44
2402.	Anvendes når en person	58,96
	<ul style="list-style-type: none">• Er dansk statsborger og foreviser EU-sygesikringskort udstedt i Danmark• Er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort• Er dansk statsborger og foreviser blanket S3• Gruppe 1-sikrede på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis	

Tillæg til telefonkonsultation i dagtiden:

2403.	Anvendes når en person	
	<ul style="list-style-type: none">• Er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort• Gruppe-1 sikrede på øer, hvor der ikke er	32,76

etableret lægepraksis

32,76

Der er ikke krav om, at personen foreviser pas, bortset fra situationen med British citizen.

§ 56 GRUNDYDELSER I VAGTTIDEN

	A- vagten	B- vagten
0101. Konsultation	185,61	230,44
0501. Telefonkonsultation uden besøg/konsultation	90,91	114,86
0602. Telefonkonsultation med besøg/konsultation	39,31	48,64
0471. Besøg	257,87	315,39
2302. Tillægstakst udover 10 km, pr. km	15,90	19,31
0102. Behandling af 2. og følgende patient i samme hjem, jf. § 66, stk. 1	185,61	230,44

§ 57 VAGTBEREDSKABSHONORAR

Stk. 1.

	A-vagten	B-vagten
1001. Vagtberedskabshonorar efter § 39, stk. 3 (små vagtordninger på øer), pr. time	126,68	126,68

Stk. 2.

Vagtberedskabshonoraret efter § 39, stk. 3, kan max. pr. læge udgøre 337.798,30 kr. pr. år, medmindre der aftales andet i samarbejdsudvalget.

§ 58 ATTESTTAKST

Stk. 1.

Attester til brug ved indlæggelse på institutioner for sindslidende, forsorgscentre, Nationalforeningens sanatorier, nervesanatorier og alkohol-klinikker betales efter den takst, som er fastsat af det offentlige og ellers efter Lægeforeningens attesttakst.

Stk. 2.

Andre attester, herunder attester i forbindelse med sygdommeldinger, som er regionen uvedkommende, betales af patienten selv, ligesom et eventuelt honorar for den undersøgelse, der ligger til grund for attestudstedelsen, er regionen uvedkommende, medmindre patienten samtidig har modtaget sygdomsbehandling i henhold til denne overenskomst.

Stk. 3.

Attesttaksterne er pr. den 01-04-2014 fastsat til:

Institutioner for sindslidende

5001.	1. indlæggelse (røde eller gule papirer)	774,00
5002.	Genindlæggelse på samme institution	286,00
5003.	Tvangsindlæggelse (røde eller gule papirer)	425,00
5004.	Nervesanatorier	388,00
5005.	Alkoholklinikker	317,00

Stk. 4.

De i stk. 3 anførte takster er tillægsydelse der knytter sig til grundydelse.

§ 59 ANSØGNING OM TILSKUD TIL LÆGEMIDLER TIL KRONIKERE OG TERMINALPATIENTER

Stk. 1.

Ansøgning om tilskud til lægemidler til kronikere i henhold til sundhedslovens § 147, og til terminalpatienter i henhold til sundhedslovens § 148, indsendes til Lægemiddelstyrelsen og honoreres med de i stk. 2 fastsatte honorarer.

Stk. 2.

Ansøgning om tilskud til kronikere

5091.	Ikke-momspligtigt attestarbejde i forbindelse med konsultation ¹⁾	67,08
5092.	Ikke-momspligtigt attestarbejde uden patienten er til stede ²⁾	175,83
5991.	Momspligtigt attestarbejde i forbindelse med konsultation ¹⁾	83,85
5992.	Momspligtigt attestarbejde uden patienten er til stede ²⁾	219,79

Ansøgning om tilskud til terminalpatienter	
5093. Ikke-momspligtigt attestarbejde ³⁾	98,27
5993. Momspligtigt attestarbejde ³⁾	122,84

Momspligten afhænger af, om lægen er momsregistreret.

Stk. 3.

Ved ansøgning anvendes de af Lægemiddelstyrelsen udarbejdede ansøgningskemaer.

NOTE TIL § 59, stk. 2:

- 1) *Honoraret afregnes sammen med et konsultationshonorar i dagtiden (0101). Hvis patienten samtidig modtager sygdomsbehandling i henhold til denne overenskomst, afregnes der yderligere særskilt konsultationshonorar herfor. Afregning sker i så fald på to regninger for henholdsvis attestarbejde (0101 samt 5091/5991) samt for konsultation i forbindelse med sygdomsbehandling i henhold til overenskomsten (0101).*
- 2) *Honoraret afregnes ikke sammen med et konsultationshonorar.*
- 3) *Attesthonoraret afregnes ikke sammen med et konsultationshonorar. Hvis patienter samtidig modtager sygdomsbehandling i henhold til overenskomsten ved en konsultation eller et sygebesøg, afregnes der for den pågældende grundydelse samt attesthonoraret på to forskellige regninger.*

§ 60 LABORATORIEUNDERSØGELSER

Stk. 1.

De i nedenstående fortegnelse anførte laboratorieundersøgelser henholdsvis udtagning af prøver honoreres, når de bedømmes af lægen selv. Honoraret udgør pr. enhed kr. 12,51 (honorar i 01-04-2014-niveau).

Nr.		Antal enheder
7101	Urinundersøgelse ved stix	1
7109	Svælg-streptokok antigen	4
7115	Maskinel leukocyt- og differentialtælling	3
	C-reaktiv protein (CRP)	5
7120	PP-INR (koagulationsfaktorer)	9
7126	Svangerskabsreaktion,	
7175	urin choriongonadotropin	4
7177	Sænkingsreaktion (SR)	2

7116	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin	5
7122	Fasekontrastmikroskopi af urin	4
7105	Bakterier	3
7189	Urin til resistensbestemmelse ¹	6

Blodundersøgelse ved fotometri:

7108	B-hæmoglobin (fotometer)	4
7136	B-glukose (fotometer)	4
7112	Audiometriundersøgelse	10
7113	Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri	9
7121	Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation	18
7117	Tympanometri	8
7156	Elektrokardiografi, inkl. prækordialafledninger	9
7183	Lungefunktionsundersøgelse (peak flow)	3

Stk. 2.

Ændring af det i stk. 1 nævnte honorar pr. enhed eller ændringer i enhedstallet kan til enhver tid foretages efter forhandling mellem overenskomstens parter.

Stk. 3.

Vedrørende honorering for blodtagning fra blodåre til særlige prøver samt udtagning af prøver til cytologiske undersøgelser henvises til § 51, til lægsydelser, ydelse 2101 og 2102.

NOTE TIL § 60, ydelse nr. 7120, CRP:

Der kan honoreres for ydelse 7120 ved anvendelse af CRP i forbindelse med de med + markerede tentative diagnoser:

¹ Det er ikke rutinemæssigt indiceret i almen praksis at foretage resistensbestemmelse, medmindre der er tale om recidiverende infektion og i nogle tilfælde for gravide, børn eller andre situationer.

<i>Sinuitis acuta</i>	+	<i>Relevant i kombination med SR</i>
<i>Pneumoni</i>	+	
<i>Inflammatoriske tarmsygdomme</i>	+	
<i>Otitis media acuta</i>	+	
<i>Bronchitis</i>	+	
<i>Tonsilia acuta</i>	-	<i>Ikke relevant, anbefaler Strep-A-test</i>
<i>Cancer</i>	+	<i>Kan være relevant med alle kendte forbehold</i>
<i>Gynækologiske infektioner</i>	+	<i>Relevant ved mistanke om salpingitis</i>
<i>Urinvejsinfektion</i>	(+)	<i>Ved mistanke om pyelonephritis, ellers ikke</i>
<i>Antibiotika Monoterering</i>	+	<i>Relevant</i>
<i>Løbende klinisk vurdering</i>	+	<i>Særdeles relevant, og bør benyttes inden antibiotisk behandling iværksættes</i>

Stk. 4.

Følgende af de i stk. 1 anførte laboratorieundersøgelser kan ikke anvendes i vagttiden: 7105, 7112, 7113, 7115, 7116, 7117, 7121, 7122, 7126, 7177 og 7189.

NOTE TIL § 60:

Der er mellem parterne enighed om, at der med henblik på at sikre såvel den tekniske som faglige kvalitet af de laboratorieundersøgelser, der udføres i almen praksis, indføres kvalitetssikringsordninger i alle regioner.

Det aftales i samarbejdsudvalget, hvilke laboratorieundersøgelser i henhold til § 60 der skal omfattes af regionens kvalitetssikringsordning, og hvorledes den skal gennemføres. De laboratorieundersøgelser, som en region måtte have truffet beslutning om at iværksætte, jf. rammeaftale vedrørende laboratorieundersøgelser, omfattes ligeledes af kvalitetssikringsordningen i det omfang, det fremgår af regionens beslutning.

Der oprettes en laboratoriekonsulentordning, f.eks. med tilknytning til sygehusvæsenets laboratorium/klinisk-kemiske afdeling eller andre medicinske laboratorier. Læger, der i egen klinik ønsker at udføre laboratorie-

undersøgelser omfattet af kvalitetssikringsordningen, skal tilmeldes ordningen for at kunne udføre laboratorieundersøgelser for regionens regning. Indtil samarbejdsudvalget har aftalt, hvilke laboratorieundersøgelser der skal omfattes af regionens kvalitetssikringsordning, er lægerne berettiget til at udføre samtlige de i § 60 angivne laboratorieundersøgelser på sædvanlig vis.

Betaling af de med kvalitetssikringsordningen forbundne udgifter aftales i samarbejdsudvalget.

Samarbejdsudvalget kan nedsætte en styregruppe, der rådgiver samarbejdsudvalget på laboratorieområdet, herunder om konsulentfunktionen. Der skal i styregruppen være den fornødne faglige ekspertise.

§ 61 KØRSELSGODTGØRELSE

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel, jf. § 76, er den samme godtgørelse pr. påbegyndt km, som til enhver tid af staten er fastsat for benyttelse af eget befordringsmiddel på tjenesterejser. Til denne godtgørelse ydes et tillæg på 15 %, forhøjet til nærmeste hele ørebeløb.

§ 62 REGULERING AF HONORARER

Stk. 1.

De i §§ 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 60 og 94 nævnte honorarer er fastsat i 01-04-2014-niveau.

Stk. 2.

Omkostningsandelen af honorarerne reguleres

- pr. 1. april med 25 % af den procentvise stigning, der har været i nettoprisindekset fra juli året før til januar samme år og
- pr. 1. oktober med 25 % af den procentvise stigning der har været i nettoprisindekset fra januar til juli samme år.

Nettoandelen af honorarerne og tilskud reguleres

- pr. 1. april med 75 % af den procentvise stigning, der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra oktober året før til april samme år og
- pr. 1. oktober med 75 % af den procentvise stigning der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra april til oktober samme år.

Stk. 3.

Den samlede reguleringsprocent efter stk. 2 angives med to decimaler.

Stk. 4.

Reguleringen efter stk. 2 finder sted den 1. april og 1. oktober og sker første gang den 1. oktober 2014.

NOTE TIL § 62, stk. 2:

I de tilfælde, hvor der ved overenskomstfornyelse for de ansatte i regioner aftales generelle løntrinsprojekter eller lignende for samtlige ansatte, som træder i stedet for en stigning i den særlige reguleringsprocent, skal honorarerne reguleres tilsvarende.

**§ 63 TAKSTANVENDELSE VED ÆNDRING I REGULERINGS-
PROCENTEN**

Såfremt tillægget i henhold til § 62 ved et kvartalsskifte ændres i relation til indsendelse af regninger for ydelseshonorarer for en uge, anvendes de nye takster i denne uge, såfremt ændringen finder sted søndag-onsdag, medens de gamle takster anvendes, hvis ændringen finder sted torsdag-lørdag.

KAPITEL VII. AFGRÆNSNING AF YDELSER OG BESTEMMELSER OM HONORERING

§ 64 AFGRÆNSNING, TELEFONKONSULTATION/KONSULTATION, RECEPTFORNYELSE

Stk. 1.

En telefonisk henvendelse i dagtiden takseres som telefonkonsultation, hvis der er ydet lægelig behandling, rådgivning eller vejledning som imødekommer patientens behov for lægehjælp på det pågældende tidspunkt. Hvis den telefoniske henvendelse resulterer i en aftale om at patienten ses af lægen senere i konsultationen eller ved besøg, anses den telefoniske henvendelse som en uhonoreret tidsbestilling, medmindre samtalen har medført en sådan stillingtagen, at et behov for foreløbig akut lægehjælp er imødekommet.

Stk. 2.

Almindelige receptfornyelser uden rådgivning kan aldrig takseres hverken som telefonkonsultation eller konsultation.

§ 65 AFGRÆNSNING, SYGEBESØG/BESØG PÅ RUTEN

Stk. 1.

Afstande ved sygebesøg regnes fra lægens konsultationssted.

Stk. 2.

Ved afgørelse af, om der er tale om besøg eller besøg på ruten i forbindelse med flere besøg på samme tur, hvor lægen ikke på grund af de geografiske forhold må passere sit konsultationssted, regnes besøget hos patienten, der bor længst borte, som et besøg, medens øvrige besøg på turen betragtes som besøg på ruten.

§ 66 AFGRÆNSNING, BEHANDLING AF FLERE PATIENTER I SAMME HJEM

Stk. 1.

Behandler en læge flere patienter i samme hjem, beregnes der kun besøgshonorar for én patient. For den næste og de følgende patienter beregnes ydelsen til konsultationstakst. Ved besøg i vagttiden honoreres med det konsultationshonorar, som i øvrigt gælder i henholdsvis A-vagten og B-vagten.

Stk. 2.

Ved "samme hjem" forstås hjem med samme husførelse. Hvis der er tale om institutioner med samme husførelse, honoreres der, ud over det i stk. 1 anførte konsultationshonorar, med institutionstillæg i henhold til § 52, ydelse 1208.

Stk. 3.

Plejehjemsboliger og boliger på andre institutioner for ældre er altid at betragte som egen bolig og derfor ikke omfattet af stk. 2.

§ 67 ALMINDELIGE BESTEMMELSER OM HONORERING

Stk. 1.

Lægen får intet ydelseshonorar for ydelse af lægehjælp til sig selv, til ægtefælle eller hjemmeboende børn.

Stk. 2.

Overenskomstmæssige ydelser, for hvilke der ikke i overenskomsten er fastsat et særskilt honorar, omfattes af de almindelige ydelseshonorarer. Indsprøjtning med de i § 34 nævnte immunglobuliner og vacciner honoreres ikke særskilt. Ydelsen omfattes af konsultations- eller besøgshonoraret. Indsprøjtning af gammaglobulin, sera og vacciner i forbindelse med en sikrets rejse til udlandet betales af patienten selv.

Stk. 3.

Lægen er forpligtet til at bistå regionen i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de sygehjælpsudgifter, som er afhængige af lægens ordinationer. For så vidt angår forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer gælder bestemmelserne i § 88.

Stk. 4.

Såfremt en læge har påført regionen unødvendige sygehjælpsudgifter, kan lægen tildes en advarsel, der kan udtales misbilligelse, lægen kan pålægges at betale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb til regionen, lægen kan pålægges en bod, eller i gentagelsestilfælde kan lægen udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten, jf. § 108, stk. 6 og § 111, stk. 2.

NOTE TIL § 67:

Ved lægens ordinationer forstås bl.a. ordination af medicin, henvisning til andre behandlergrupper, herunder speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog, samt henvisning til sygehuse, laboratorier og billeddi-

agnostiske afdelinger. Endvidere forstås rekvisition af lægemidler og forbindsstoffer m.v.

§ 68 VEJLEDNING OM ANVENDELSE AF OVERENSKOMSTENS YDELSER

Den faglige og honoreringsmæssige anvendelse af de i §§ 50, 52, 53 og 60 anførte ydelser er nærmere beskrevet i en af parterne udarbejdet vejledning.

§ 69 BASISHONORERING

Stk. 1.

For hver gruppe 1-sikret, der den 1. i et kvartals anden måned faktisk er tilmeldt lægen, honoreres denne med et fast basishonorar, der udgør det i § 48 anførte beløb.

Stk. 2.

I de tilfælde, hvor patienten flytter til en anden læge, foretager regionen ingen fordeling af basishonorarer lægerne imellem, idet basishonoraret fuldt ud betales til den praksis, patienter var tilmeldt på opgørelsestidspunktet efter stk. 1.

Stk. 3.

Regionen skal påse, at der til enhver tid udbetales basishonorar for samtlige tilmeldte gruppe 1-sikrede.

§ 70 HONORERING AF GRUNDYDELSER I DAGTIDEN OG DEN SENE KONSULTATION

Grundydelse i dagtiden og den sene konsultation honoreres med de i § 50 og § 53 nævnte honorarer.

§ 71 HONORERING AF YDELSER I VAGTTIDEN

Stk. 1.

Grundydelse i vagttiden, jf. § 43, bortset fra ydelser i den sene konsultation, honoreres med de i § 56 nævnte honorarer.

Stk. 2.

Ved sygebesøg der er begæret i dagtiden, afregnes der med dagtidshonorar selv om besøget først aflægges efter dagtids udløb. Dog kan der afregnes med vagthonorar, hvis det drejer sig om pludselig opstået eller forværret sygdom eller ulykkestilfælde, der nødvendiggør at lægen af-

lægger sygebesøg umiddelbart, og hvis dette indebærer at besøget aflægges efter dagtids udløb.

Stk. 3.

Læger kan, selv om de ikke har vagt, aflægge sygebesøg i vagttiden til terminalpatienter og i forbindelse med hjemmefødsler. I sådanne situationer afregnes med vagthonorar.

Stk. 4.

I øvrigt skal læger, der ikke er på vagt, normalt afvise patienter, der henvender sig med akutte problemstillinger uden for dagtiden. Sådanne patienter henvises til lægevagten.

§ 72 TILLÆGSYDELSESHONORERING

Tillægsydelser som nævnt i § 51 honoreres sammen med en grundydelse, jf. §§ 50, 53 og 56.

§ 73 HONORERING AF LÆGEHJÆLP TIL PATIENTER PÅ ØER, HVOR DER IKKE ER ETABLERET LÆGEPRAKSIS

Stk. 1.

Ydelser i dagtiden honoreres med overenskomstens sædvanlige honorarer. Hertil lægges tillægsydelse nr. 2402 eller 2403, jf. § 55.

Stk. 2.

Ydelser uden for dagtiden honoreres med de i § 56 nævnte honorarer.

Stk. 3.

Ved sygebesøg på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, beregnes zonen i dagtiden, jf. § 50, som afstanden mellem lægens konsultationssted og patientens bopæl, ekskl. sejlafstanden. Ved sygebesøg i vagttiden beregnes besøgshonoraret svarende til afstanden mellem udgangspunktet for sygebesøget og patientens bopæl, ekskl. sejlafstanden. For rejsen til øen betales et grundhonorar pr. påbegyndt halve time for selve overfartstiden.

For så vidt angår kørselsgodtgørelse og betaling for sørejser henvises i øvrigt til § 76, stk. 6.

§ 74 VAGTBEREDSKABSHONORERING

Stk. 1.

Læger, der deltager i vagtordninger i henhold til § 39, stk. 3 og 4, har ret til vagtberedskabshonorar.

Stk. 2.

Vagtberedskabstiden, der indgår i beregningen af vagtberedskabs-honoraret, omfatter hele vagttiden, jf. § 37. På dage, hvor vagthavende læge har sen konsultation, begynder vagtberedskabstiden kl. 18.00.

Stk. 3.

Vagtberedskabshonorarer beregnes på grundlag af det af lægen holdte antal vagttimer (inkl. egentlige arbejdstimer) inden for vagtberedskabsti-den.

Stk. 4.

For så vidt angår vagtordninger i henhold til § 39, stk. 3, udgør vagtbe-redskabshonoraret pr. vagttime (inkl. egentlige arbejdstimer) som grund-honorar det i § 57 anførte honorar. Øvrige vagtberedskabshonorarers størrelse aftales i samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

For samme vagttidsrum kan der inden for samme vagtordning kun ydes vagtberedskabshonorar til én læge. Vagtberedskabshonoraret udbetales uafhængigt af, om vagten varetages af en vikar.

§ 75 HONORERING AF LABORATORIEUNDERSØGELSER

Stk. 1.

Såfremt en laboratorieundersøgelse som nævnt i § 60 finder sted i forbin-delse med konsultation eller anden kontaktydelse honoreres der for både grundydelsen og for laboratorieundersøgelsen.

Stk. 2.

I alle andre tilfælde end nævnt i stk. 1 honoreres alene laboratorieunder-søgelsen.

§ 76 HONORERING OG AFHOLDELSE AF UDGIFTERNE TIL KØRSEL

Stk. 1.

Tilkaldes en læge til en sikret eller til møde i en socialforvaltning, har læ-gen ret til kørselsgodtgørelse.

Stk. 2.

Lægen har valget mellem at benytte eget befordringsmiddel eller blive befordret af andre, men er i almindelighed uberettiget til at veksle mellem disse muligheder, således at han en del af året benytter eget befordringsmiddel og i øvrigt vognmand. Dog er en læge, der benytter eget befordringsmiddel, berettiget til, under særlige omstændigheder, at anvende hyrevogn. Ved særlige omstændigheder forstås eksempelvis den tid, der medgår til reparation af lægens bil, i særligt vanskeligt føre eller i andre situationer, hvor lægen midlertidigt er forhindret i at benytte eget befordringsmiddel. Læger, der er fyldt 60 år, er berettiget til at benytte hyrevogn under kørevagt, selv om de benytter eget befordringsmiddel i dagtiden. Såfremt regionen har indgået aftale med en vognmand, skal lægen benytte denne. Ved valg af vognmand skal lægen tage skyldigt hensyn til vedkommende regions økonomiske interesse i at anvende nærmestboende vognmand.

Stk. 3.

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel er den i § 61 nævnte godtgørelse.

Stk. 4.

Godtgørelsens størrelse er uafhængig af, om der benyttes bil eller andet befordringsmiddel.

Stk. 5.

Såfremt lægen ikke anvender eget befordringsmiddel, afleverer lægen til vedkommende vognmand eller hvem, der sørger for transporten, en af regionen udarbejdet rekvisition for hver sikret, der besøges. Rekvisitionen påføres lægens ydernummer, navn og konsultationssted samt patientens navn og bopæl.

Stk. 6.

For så vidt angår læger, der betjener småøer, kan der ved forhandling mellem vedkommende region og praksisudvalget med pågældende lægers samtykke træffes aftale om afvigelser fra foranstående bestemmelser om kørselsgodtgørelse med henblik på at opnå en for begge parter rimelig vederlagsordning. Det samme gælder betaling for sørejser.

§ 77 BASISHONORERING VED EN LÆGES DØD

Når en læge dør, har afdøde læges bo ret til basishonorar i den periode, hvor praksis videreføres, jf. § 12, stk. 9 og § 13, stk. 1.

KAPITEL IIX. AFREGNING

§ 78 BASISHONORARAFREGNING

Stk. 1.

Basishonoraret beregnes efter antallet af gruppe 1-sikrede, der den 1. i kvartalets anden måned er tilmeldt lægen.

Stk. 2.

Basishonoraret erlægges uden regning fra lægen med et a conto beløb på en anslået 1/3 i hvert kvartals 2 første måneder, og med resten inden det pågældende kvartals udgang.

Stk. 3.

Regionen giver sammen med basishonorarafregningen lægen en fortegnelse over af- og tilgang af de lægen tilmeldte gruppe 1-sikrede enten i form af en udskrift eller på diskette efter lægens valg. Aftale om anden form for elektronisk fremsendelse af fortegnelsen kan indgås. Regionen kan, efter aftale med lægen, fremsende fortegnelsen mindre hyppigt end kvartalsvis.

Stk. 4.

Regionen giver hvert kvartal lægen en fortegnelse over samtlige tilmeldte gruppe 1-sikrede enten i form af en udskrift eller på diskette efter lægens valg. Aftale om anden form for elektronisk fremsendelse af fortegnelsen kan indgås. Regionen kan, efter aftale med lægen, fremsende fortegnelsen mindre hyppigt end kvartalsvis.

§ 79 AFREGNING AF PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR

Praksisomkostningshonorar, jf. § 49, udbetales forholdsmæssigt i forbindelse med den ydelseshonorarafregning, som finder sted i januar, april, juli og oktober.

§ 80 AFREGNING AF YDELSESHONORARER

Stk. 1.

I forbindelse med hver enkelt overenskomstmæssig ydelse udarbejder lægen en regning. Afregning sker elektronisk efter MedCom standarden. Regionerne udarbejder en snitfladebeskrivelse, som udgør det tekniske grundlag for afregningen. Ændringer i snitfladebeskrivelsen aftales med lægen.

Stk. 2.

Af regningen skal fremgå: Patientens personnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og dennes ydelsesnummer. For ydelser uden for dagtiden skal anføres det klokkeslæt, ved hvilket ydelsen er begæret.

Stk. 3.

På regningen kan noteres flere tillægs- og laboratorieydelse i forbindelse med enten konsultation eller besøg. Der må ikke noteres konsultation og besøg på samme regning, ligesom der ikke må noteres flere konsultationer eller flere besøg på samme regning. Lægens it-system skal afgive et avis, hvis der registreres 2 eller flere regninger på samme person på samme dag. Lægen skal positivt bekræfte, at registreringen er korrekt.

Stk. 4.

Lægens regninger for hver uge (til og med lørdag) indsendes, således at de er regionen i hænde senest følgende onsdag. Regionen og lægen kan aftale, at regningerne fremsendes månedsvis, omfattende periodens afregningsuger i henhold til tidsplan for alment praktiserende lægers regningsindsendelse.

Stk. 5.

De således i løbet af en måned fremsendte regninger betales senest den 15. i den følgende måned. Hvis en læge anmoder om det, leverer regionen i forbindelse med afregningen en oversigt over samtlige ydelsesafregninger i det pågældende regnskabsår.

Stk. 6.

Ved forskelle på indtil 1 % mellem lægens regninger og regionens beregninger betragtes regionens beregninger som gældende. I tilfælde af væsentligere afvigelser har begge parter krav på at få foretaget en nærmere opgørelse.

Stk. 7.

Betalingen af de lægen tilkommende honorarbeløb erlægges til lægen på hans egen giro- eller pengeinstitutkonto. Transport i lægens tilgodehaver kan ikke finde sted.

Stk. 8.

Regionens betalingspligt bortfalder principielt, såfremt reglerne i stk. 1-4 ikke er overholdt.

NOTE TIL § 80:

Regninger med ufuldstændigt personnummer returneres kun 1 gang fra regionen til lægen. Lægen skal herefter søge at fremskaffe personnummer, hvad han altid kan få fra egen patient. Kan lægen ikke fremskaffe personnummer på fremmede patienter, betales regningen alligevel af regionen.

Lægen skal på anmodning over for regionen dokumentere, at lægens it-system lever op til kravet om advis. Systematisk tilbagesendelse til lægen af dobbeltregninger forudsættes at ophøre. Returnering af regninger kan fortsat finde sted som led i den almindelige kontrol.

§ 81 YDELSESHONORARAFREGNING VEDRØRENDE SOCIAL-MEDICINSK SAMARBEJDE

Stk. 1.

I forbindelse med hver ydelse efter § 94 udfylder lægen en regning, jf. § 80.

Stk. 2.

På regninger vedrørende socialmedicinske ydelser må ikke anføres andre ydelser, og der må kun anføres ydelser for én sikret på hver regning.

Stk. 3.

Afregning foretages i øvrigt som afregning i medfør af § 80, stk. 4-8.

§ 82 AFREGNING AF VAGTBEREDSKABSHONORAR

Stk. 1.

Læger, der vil gøre krav på honorering af vagtberedskab, indsender ved udgangen af hver måned og senest den 10. i den følgende måned oplysning om holdte vagter.

Stk. 2.

Oplysningerne indsendes til den region, hvor konsultationsstedet er beliggende, på et af regionen udarbejdet vagtberedskabsskema.

Stk. 3.

Regionen afregner vagtberedskabshonoraret med lægen senest den 15. i den næstfølgende måned.

§ 83 AFREGNING AF KØRSELSGODTGØRELSE

Stk. 1.

På sædvanlig regning i forbindelse med sygebesøg påfører lægen det antal kørte kilometer. Ved et besøg på ruten påføres regningen henholdsvis det antal kørte kilometer fra lægens konsultationssted til første patient, fra første patient til næste patient osv. På regning vedrørende sidste patient tillægges afstanden fra denne til lægens konsultationssted. Såfremt der ved besøg på ruten aflægges besøg hos patienter, der ikke er sikrede efter overenskomsten, påføres regningen vedrørende den næste patient, der besøges på ruten, alene den direkte afstand fra den forrige patient, der blev besøgt på ruten. Såfremt der efter et besøg hos en ikke-sikret på ruten ikke aflægges besøg hos en sikret, påføres regningen for den sidst besøgte patient afstanden fra denne til lægens konsultationssted.

Stk. 2.

Regionen sammentæller de kørte antal kilometer i løbet af et regnskabsår og afregner automatisk efter den lavere takst, når de 20.000 kilometer er kørt. Ved første afregning, efter at 20.000 kilometer er kørt, skal lægen underrettes om den ændrede takst.

§ 84 BLANKETTER, HERUNDER ELEKTRONISKE BLANKETTER

Stk. 1.

Samtlige blanketter og formularer skal for at kunne benyttes i forholdet mellem regioner og læger være fremstillet efter aftale mellem parterne, medmindre andet fremgår af nærværende overenskomst.

Stk. 2.

Regionerne stiller - i det omfang det er nødvendigt med papirblanketter - receptblanketter, indlægssedler, henvisningsblanketter og lignende til rådighed for lægen.

§ 85 INDBETALING AF PENSIONS BIDRAG

Stk. 1.

Af det lægen tilkommende basishonorar indbetaler den region, hvor konsultationsstedet er beliggende, direkte til Lægernes Pensionskasse det til enhver tid for den enkelte læge i henhold til pensionskassens vedtægter for alment praktiserende læger gældende pensionsbidrag, dog ikke over 30 % af basishonoraret. Den resterende del af honorarbeløbet udbetales lægerne efter de i § 78 fastsatte regler.

Stk. 2.

Indbetaling af pensionsbidrag skal ske kvartalsvis samtidig med udbetaling til lægen, og det skal af kvartalsopgørelsen til lægerne fremgå, hvor stort honorarbeløbet er, og hvor meget af dette, der er tilstillet pensionskassen.

§ 86 INDBETALING TIL ADMINISTRATIONSUDVALGET

Stk. 1.

Regionen har pligt til inden hvert års 31-03 til Administrationsudvalget at indbetale et beløb svarende til en nærmere fastsat procent, for tiden 1,21 %, af de samlede udgifter til almen lægehjælp til patienter i det foregående regnskabsår. Til de samlede udgifter medregnes også udgifter til honorering af socialmedicinske ydelser (§ 94) og af vagtberedskab (§ 57), men ikke indbetalinger til Administrationsudvalget.

Stk. 2.

De i stk. 1 nævnte midler, der indbetales til Administrationsudvalget, anvendes til sygehjælps- og efteruddannelsesformål samt hjælp til pensionerede alment praktiserende læger og hjælp ved fravær i forbindelse med graviditet og barsel eller adoption til fordel for de læger, som virker henholdsvis har virket i almen praksis inden for overenskomstens område. Midlerne kan endvidere anvendes til plejevederlag i forbindelse med pasning af døende i den nærmeste familie. For så vidt angår hjælp til pensionerede alment praktiserende læger kan midlerne også anvendes til de nævnte lægers efterladte.

Stk. 3.

Administrationsudvalgets statutter og årsregnskab skal fremsendes til Landssamarbejdsudvalget. RLTN udpeger en kommitteret til Administrationsudvalget.

KAPITEL IX. KONTROLBESTEMMELSER

§ 87 ÅRSOPGØRELSER OG FASTSÆTTELSE AF HØJESTEGRÆNSER

Stk. 1.

Regionen foretager hvert år en opgørelse over det samlede antal overenskomstmæssige ydelser², der er præsteret i det foregående regnskabsår, og over det foregående regnskabsårs samlede udgifter til almen lægehjælp. Opgørelsen skal omfatte de absolutte ydelses- og udgiftstal.

Stk. 2

Årsopgørelsen afsluttes hurtigst muligt og inden den 1. april.

Stk. 3.

Årsopgørelsen vedrørende hver enkelt klinik stilles umiddelbart herefter til rådighed for lægen på Praksis- og afregningsportalen på sundhed.dk.

Stk. 4.

Såfremt årsopgørelsen viser, at udgiften til lægehjælp i dagtiden pr. sikret (egne sikrede) i en praksis i et år har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. sikret inden for regionen, med 25 % eller derover for basis- og ydelseshonorarerne tilsammen, fastsættes højstegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydelseshonorarer fra regionen i dagtiden. Højstegrænsen fastsættes på +25 % af den gennemsnitlige udgift pr. sikret i regionen. Højstegrænsen kan iværksættes fra det følgende kvartals begyndelse. Højstegrænsen kan første gang iværksættes på baggrund af regnskabsåret 2014.

Stk. 5.

Varsling om iværksættelse af højstegrænsen fremsendes som et anbefalet brev til lægen. Eventuel tilbagebetaling sker ved modregning i lægens tilgodehavende hos regionen.

Regionen stiller kvartalsstatistikker til rådighed for de læger, der er pålagt en højstegrænse, således at de kan følge med i, hvordan de ligger i forhold til det gennemsnit, som højstegrænsen er fastsat i forhold til.

² Profylakseaftalen og lokale aftaler er ikke indeholdt i opgørelsen.

Højestegrænser administreres løbende, fx kvartalsvis. Ved årets udgang udarbejdes en årsopgørelse over lægens ydelsesforbrug pr. patient i forhold til gennemsnitligt ydelsesforbrug i samme periode i sammenligningsområdet. På baggrund af årsopgørelsen foretages endelig årsregulering. Hvis årsopgørelsen viser, at lægen er trukket for meget i årets løb, refunderes dette beløb inden 1. april.

Hvis en læge med pålagt højestegrænse ophører med at praktisere inden der er gået et år efter pålægget, foretages der en samlet opgørelse for de nærmeste forudgående måneder med henblik på modregning for en samlet overskridelse i de pågældende måneder som helhed af højestegrænsen.

Stk. 6.

Fastsættelse af højestegrænser, skal inden 1 måned sendes til samarbejdsudvalget/Landssamarbejdsudvalget til orientering.

Stk. 7.

Højestegrænsen bortfalder, når udgiften i 2 år har ligget under den fastsatte grænse.

§ 88 ØKONOMISK LÆGEMIDDELORDINATION

Stk. 1.

Lægen er forpligtet til at bistå regionen i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget iværksætter af egen drift eller på begæring af PLO-regionalt eller regionen en undersøgelse, såfremt en læges/praksis ordinationsmønster vurderes at give anledning til det. Såfremt regionen har ansat en lægemiddelkonsulent kan samarbejdsudvalget inddrage denne i vurderingen af, om der er grundlag for at iværksætte en undersøgelse.

Stk. 3.

Der skal ved undersøgelsen tages hensyn til alle forhold, som kan have indflydelse på et højt ordinationsmønster. Lægen/lægerne skal efter skriftlig henvendelse fra samarbejdsudvalget have adgang til at fremkomme med en udtalelse. Til brug ved høringen af lægen/lægerne, skal den/de pågældende have forelagt de oplysninger, som har givet anledning til samarbejdsudvalgets beslutning om at iværksætte en undersøgelse.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget kan på baggrund af undersøgelsen efter stk. 3 henstille, at ordinationsmønsteret i praksis ændres.

Stk. 5.

Såfremt en læge har påført regionen unødvendige lægemiddeludgifter, kan samarbejdsudvalget tildele lægen en advarsel eller udtale misbilligelse, eller samarbejdsudvalget kan indstille til Landssamarbejdsudvalget at lægen skal betale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb til regionen, pålægges en bod, eller i gentagelsestilfælde udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten jf. § 108, stk. 6 og § 111, stk. 2.

KAPITEL X. KVALITETSSIKRING OG IT

§ 89 ANVENDELSE AF IT I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Alle læger skal opfylde de i stk. 2-5 anførte krav om anvendelse af IT.

Stk. 2.

Lægens IT system skal understøtte de MedCom standarder, som fremgår af stk. 3. Lægen er forpligtet til at benytte MedCom standarderne til al kommunikation, der omfattes af disse, medmindre andet er anført. Pligten vedrører den udgave af MedCom standarderne som foreligger den 01-04-2014. En forudsætning for lægens forpligtelse er, at de samarbejdsparter, som kommunikationen vedrører, kan levere og sikkert modtage de i stk. 3 nævnte meddelellestyper via MedCom standarder.

Stk. 3.

Pligterne i stk. 2 vedrører følgende MedCom standarder:

Den gode korrespondance: Denne meddelelse kan anvendes, hvor lægen finder det relevant.

Den gode epikrise:

- Udskrivningsepikrise
- Ambulantepikrise
- Skadestueepikrise
- Billeddiagnostisk epikrise
- Lægevagtsepikrise
- Speciallægeepikrise
- Bookingsvar
- Fysioterapiepikrise
- Den gode psykologepikrise
- Den gode kiropraktorepikrise.

Den gode henvisning:

- Sygehushenvisning. Billeddiagnostisk henvisning.
- Speciallægehenviisning. Den gode fysioterapihenviisning.
- Den gode psykologhenviisning.
- Den gode fodterapeuthenviisning.
- Den dynamiske henviisning
- Pakketabellen

Laboratorieområdet:

- Det gode KKA/KIA laboratoriesvar
- Fodstatusrapport
- Det gode patologisvar
- Det gode cervixcytologisvar
- Det gode mikrobiologisvar
- Den gode KKA/KIA/Mikrobiologirekvisition
- Den gode patologirekvisition

Binære filer:

Den gode MEDBIN. Denne standard skal anvendes, når der vedlægges bilag til henvisninger.

Den gode sygesikringsafregning:

Der afregnes elektronisk efter MedRuc standarden.

Apoteksområdet:

Receptfornyelse fra kommuner.

Kvittering:

Den gode CONTRL.

Den dynamiske blanket:

Rammestandarden

Herunder LÆ blanketter i takt med at kommunerne tager dem i brug.

Stk. 4.

Lægen skal have internetadgang med firewall og virusbeskyttelse, der løbende opdateres. Lægen skal endvidere have NemID, virksomhedscertifikat.

Stk. 5.

Alle anvendte praksissystemer i almen praksis skal kunne håndtere FNUX formatet til udveksling af journaler ved lægeskift, klinikophør mv.

Stk. 6.

I relation til forsendelse af elektroniske henvisninger opfordres lægen til, i forbindelse med konsultationen, at oplyse over for patienten, hvornår patienten kan forvente at den elektroniske henvisning afsendes fra praksis til henholdsvis henvisningshotellet (refhost).

Lægerne opfordres til at være opmærksomme på det tidsinterval, hvor med deres praksissystem afsender elektronisk kommunikation og indstille disse systemer til at sende med så korte intervaller som muligt.

Stk. 7.

De praktiserende læger og samarbejdspartnere anvender den lovpligtige digitale dokumentboks. Boksen kan dog ikke benyttes til kommunikation i forbindelse med konkret patientbehandling eller at-testarbejde. Sådan kommunikation sker via MedCom standarder.

Stk. 8.

Regionen yder, via datakonsulenter, hjælp og generelt rådgivning til almen praksis vedrørende IT.

NOTE TIL § 89, stk. 3:

Lægens forpligtelse til at sende henvisninger til speciallæger, fysioterapeuter, psykologer og fodterapeuter indebærer konkret, at henvisninger sendes til det såkaldte Henvisningshotel.

Om fremgangsmåde og Henvisningshotellets funktionalitet er aftalt følgende: Henvisningen udarbejdes på normal vis af den praktiserende læge og sendes som almindelig EDIFACT til henvisningshotellets lokationsnummer. Der sendes positiv kvittering tilbage om, at henvisningen er modtaget i Henvisningshotellet.

Patienten skal således ikke selv medbringe henvisningen. Herefter er det patientens ansvar at vælge en specialist og anmode om en tid for behandling. Specialisten logger sig på henvisningshotellet og henter den givne henvisning, når patienten møder op til behandling. Specialisten har dog mulighed for at se henvisningen, straks patienten henvender sig for tidsbestilling, for på den måde at forberede behandlingen.

I særlige tilfælde kan lægen kontakte en given specialist og eventuelt bestille en tid for patienten. Også i disse situationer skal lægen sende henvisningen til henvisningshotellet, hvorefter specialisten henter henvisningen som beskrevet ovenfor.

Der er mellem parterne enighed om, at de praktiserende læger skal friholdes fra at betale transmissionsudgifter i forbindelse med elektronisk forsendelse af henvisninger til Henvisningshotellet.

§ 90 DATAFANGST

Stk. 1.

De praktiserende læger er forpligtet til at foretage kodning og anvende datafangst, jf. sundhedslovens § 57 c.

Indikatordata sendes til DAMD-databasen og lægen modtager herfra løbende feedback på egne data. De praktiserende læger arbejder med tilbagemeldingerne fra Den Almenmedicinske Database med henblik på en kontinuerlig kvalitetsudvikling af patientbehandlingen.

Stk. 2.

Regionerne modtager kvartalsvis aggregerede, online rapporter fra DAMD-databasen, hvori der præsenteres data på indikatorniveau for de aftalte folkesygdomme.

Stk. 3.

For at støtte og målrette kvalitetsudvikling i den enkelte praksis, herunder anvendelse og forståelse af feedback fra DAMD, stiller regionen rammer, fx facilitatorordning, til rådighed for at understøtte en dialog med praksis om populations- og indikatordata på praksisniveau (ydernummer).

Stk. 4.

De praktiserende læger modtager 7.500 kroner i tilskud til dækning af udgifter i forbindelse med installering af Datafangstmodulet, herunder opkobling til sundhedsdatanettet.

NOTE TIL § 90 stk. 4:

Udbetaling af tilskuddet på 7.500 kroner kan kun ske, såfremt lægen tilmelder sig Datafangstmodulet inden den 31. december 2014.

§ 91 DET FÆLLES MEDICIN KORT (FMK)

Stk. 1.

De praktiserende læger er forpligtet til at anvende FMK fra 1. september 2014 jf. BEK nr. 460 af 8/15/2014. For vaccinationsoplysninger via Det Danske Vaccinationsregister (DDV) dog først fra den 15. november 2015.

Stk. 2.

Almen praksis vil uhonoreret anvende FMK når det gælder alle fremadrettede ordinationer som den praktiserende læge selv ordinerer.

Stk. 3.

Alle regioner forpligtes til at sørge for, at sygehusene i den enkelte region har opstartet/opdateret patientens FMK, når patienten forlader sygehuset/ambulatoriet eller når der sker medicinændringer ved telefonisk kontakt mellem patienten og sygehuset/ambulatoriet.

Stk. 4.

I forbindelse med FMK's anvendelse i lægevagten stiller regionerne økonomi til rådighed til dækning af alle udgifter, der er forbundet med den tekniske installation og drift af FMK i lægevagten.

§ 92 KVALITETSMODEL I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal være omdrejningspunktet for kvalitetsudviklingen i almen praksis. Modellen skal understøtte og fokusere på kvalitetsudviklingen i den enkelte praksis. Kvalitetsudviklingen skal primært tage sit udgangspunkt i den dataopsamling, der sker via datafangst, samt resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelser. DDKM skal ligeledes sikre den organisatoriske kvalitet i praksis.

Stk. 2.

DDKM i almen praksis igangsættes på baggrund af anbefalinger fra en arbejdsgruppe, jf. Bilag 7: Protokollat vedrørende kommissorium og sammensætning af en arbejdsgruppe til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis.

Stk. 3.

Implementeringen af DDKM understøttes af lokale kvalitetskonsulenter. Kvalitetskonsulenterne skal løbende facilitere DDKM i de enkelte praksis og skal kunne yde faglig sparring, forestå undervisning, formidle best practice mv. Selve akkrediteringen foretages af IKAS. Kvalitetskonsulentordningen forankres lokalt i Kvalitets - og Efteruddannelsesudvalgene, og skal tage udgangspunkt i de eksisterende konsulentordninger og koordineres med surveyorordningen i IKAS.

Stk. 4.

I forbindelse med udrulningen af DDKM oprettes en støttefunktion. Støttefunktionen placeres i regi af DAK-E, og skal løbende yde bistand til implementeringen af DDKM i almen praksis. Støttefunctio-

nens primære opgave er at udarbejde og mangfoldiggøre skabeloner til den dokumentation, der skal ske ved implementering af standarderne i DDKM. Opgavevaretagelsen i støttefunktionen sker i løbende samarbejde med DSAM og IKAS.

Stk. 5.

Alle praksis skal være akkrediteret senest 31. august 2018, jf. dog undtagelse i stk. 6.

Stk. 6.

En praksis, der forventes at ophøre inden for et tidsrum på 5 år, det vil sige inden 31. august 2019, grundet alder eller sygdom, forpligtes ikke til at implementere DDKM.

Stk. 7.

Der ydes et implementeringsbidrag på kr. 10.000 for hver lægekapacitet ved påbegyndelsen af arbejdet med DDKM samt et akkrediteringshonorar på kr. 10.000 pr. lægekapacitet, når akkrediteringen gives. Beløbene betales kun ved første akkreditering i perioden frem til 31. august 2018. De efterfølgende akkrediteringer vil ikke være forbundet med honorarer.

§ 93 PATIENTOPLEVET KVALITET I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Med udgangspunkt i spørgsmålene fra DANPEP-undersøgelserne er de praktiserende læger forpligtede til mindst hvert tredje år at gennemføre en patienttilfredshedsundersøgelse i almen praksis. Arbejdet er forankret i Fonden for Almen Praksis.

Stk. 2.

Patienttilfredshedsundersøgelserne gennemføres i videst muligt omfang elektronisk, men kan ske via papirskemaer til de patienter, der ikke har mulighed for at gøre dette elektronisk.

Stk. 3.

Håndtering af spørgsmålene i undersøgelsen samt, opsamling, bearbejdning og kvalificering af undersøgelsesresultater varetages af DAK-E. DAK-E er ligeledes ansvarlig for, at resultaterne bliver gjort tilgængelige for de enkelte læger i deres kvalitetsrapporter samt offentligt på aggregeret niveau efter nærmere aftale. Regionerne har adgang til data på aggregeret niveau via DAMD-databasen.

KAPITEL XI. ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNERNE

§ 94 SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE MELLEM DEN ENKELTE LÆGE OG KOMMUNEN I INDIVIDUELLE SAGER

Stk. 1.

Såvel administrativt personale som plejepersonale i kommuner (og regioner), der varetager sociale og sundhedsmæssige opgaver kan henvende sig til den praktiserende læge i forbindelse med socialmedicinske problemstillinger. Det er en forudsætning, at der er tale om en konkret patient tilmeldt lægen. Henvendelser om sygdomsmæssige problemer, hvor en kommunalt ansat plejeperson optræder på vegne af patienten, honoreres som om patienten selv har henvendt sig og ikke efter denne paragraf.

Lægen kan henvende sig til kommunen i socialmedicinske sager såfremt lægen skønner, at en kommunal indsats er påkrævet eller lægen finder en dialog af væsentlig betydning for en personsag.

Stk. 2.

For socialmedicinsk samarbejde er fastsat følgende honorar (grundhonorar):

a)	3201	Telefoniske henvendelser til og fra kommunernes social- og sundhedsforvaltninger	63,24
b)		Social- og sundhedsforvaltningens deltagelse i møder hos lægen, lægens deltagelse i møder i social- og sundhedsforvaltningen samt lægens og social- og sundhedsforvaltningens deltagelse i møder på patientens arbejdsplads honoreres med 120,05 kr. (grundhonorar) pr. påbegyndt 10 min. (moduler).	
	3301	1 modul	126,65
	3302	2 moduler	253,31
	3303	3 moduler	379,96
	3304	Pr. påbegyndt modul udover 3	126,65
c)		I forbindelse med ydelser, der ikke finder sted i lægens konsultation, honoreres lægens tidsforbrug til mødestedet med følgende satser:	
	3410	Indtil 4 km	77,92
	3420	Fra 4 indtil 8 km	113,48

3430	Fra 8 indtil 12 km	143,96
3440	Fra 12 indtil 16 km	180,58
3450	Fra 16 indtil 20 km	214,50
3460	Udover 20 km	235,48
3701	+ pr. påbegyndt km udover 21 km	8,40

Der ydes kørselsgodtgørelse i henhold til § 61.

Stk. 3.

Telefoniske henvendelser kan anvendes til at afklare enkle socialmedicinske problemstillinger eller som indledende orienteringer forud for en egentlig sagsbehandling, hvori der eventuelt kan indgå indhentning af attestationsmateriale fra lægen. Telefoniske henvendelser kan ikke anvendes til indhentning af oplysninger, der normalt indhentes via attester aftalt i det sociallægelige samarbejde.

NOTE TIL § 94:

Lægen har ikke pligt til at deltage i socialmedicinsk arbejde, men lægen tilstræber deltagelse. Det socialmedicinske samarbejde skal i videst mulig udstrækning tilrettelægges under hensyntagen til lægens mulighed for fremmøde og den tidsmæssige belastning af lægen.

§ 95 ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGEN OG KOMMUNENS PLEJEPERSONALE.

Stk. 1.

Medmindre det kommunalt-lægelige udvalg har indgået Rameaftale om e-kommunikation, jf. stk. 5, vælger den enkelte læge, om elektronisk kommunikation med hjemmeplejen/plejehjem, helt eller delvis, skal være en del af praksis' tilbud. E-konsultationer honoreres med ydelse 0105, jf. § 50.

Stk. 2.

Elektronisk kommunikation med hjemmepleje og plejehjem skal foregå efter MedCom-standarder.

Stk. 3.

E-konsultation 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 behandlingsplan.

Stk. 4.

Der honoreres ikke for lægens svar på hjemmeplejens/plejehjemmets eventuelle supplerende spørgsmål eller for lægens afvisning af hjemmeplejens/plejehjemmets anmodning om e-konsultation. Der honoreres heller ikke for tidsbestilling eller for receptfornyelse, der ikke kræver en fornyet lægelig vurdering. Der honoreres ej heller for lægens modtagelse af meddelelser fra hjemmeplejen/plejehjemmet af rent orienterende karakter, som ikke kræver handling eller svar fra lægen.

Stk. 5.

Med henblik på at facilitere overgangen til elektronisk kommunikation mellem en kommune og kommunens praktiserende læger har parterne udarbejdet "Rammeaftale om e-kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger". Rammeaftalen kan bringes til at gælde i de enkelte kommuner efter behandling og enighed herom i det kommunalt-lægelige udvalg. Bringes rammeaftalen i anvendelse, orienteres samarbejdsudvalget, jf. rammeaftalens bestemmelser herom.

NOTE TIL § 95:

IT-understøttelse er et grundlæggende værktøj til at styrke det sammenhængende patientforløb. Der findes i dag en række eksisterende sundhedsfaglige kommunikationsstandarder, som ikke udnyttes optimalt. Parterne er derfor enige om at opfordre kommuner og læger til at styrke brugen af elektronisk kommunikation, herunder e-konsultation, elektronisk receptfornyelse og udveksling af LÆ-blanketter via MedComs dynamiske blanketformat.

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.

§ 96 KOMMUNALT-LÆGELIGE UDVALG MELLEMMUNERNE OG DE PRAKTISERENDE LÆGER

Stk. 1.

Alle kommuner skal i samarbejde med kommunens læger nedsætte et kommunalt-lægeligt udvalg bestående af lokale praktiserende læger og repræsentanter for kommunen.

Stk. 2.

Det kommunalt-lægelige udvalg behandler emner af fælles interesse med henblik på at styrke samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunen. Parterne har i en fælles vejledning beskrevet, hvilke emner der drøftes i udvalget.

Stk. 3.

Det kommunalt-lægelige udvalg afholder møder minimum 2 gange årligt, og varigheden er op til 3 timer pr. møde efter behov.

De deltagende læger (i alt 2 læger) honoreres for deltagelse. Udgiften afholdes af kommunen. En dagsorden sendes til udvalgets medlemmer senest to uger inden mødet afholdes. De nærmere forhold omkring møderne aftales lokalt.

Stk. 4.

Kommunerne forestår sekretariatsbetjeningen af udvalget.

Stk. 5.

Udvalget kan udarbejde udkast til lokale aftaler. Aftaleudkast sendes til **praksisplanudvalget med henblik på indarbejdelse i praksisplanen.**

Stk. 6.

Der foretages en årlig evaluering af samarbejdet mellem kommunen og lægerne i kommunen. I evalueringen indgår en opfølgning og status på implementeringen af evt. lokale aftaler. Der udarbejdes en kort orientering, der sendes til samarbejdsudvalget.

Stk. 7.

De to lægelige medlemmer i det kommunalt-lægelige udvalg udpeges af det lokale lægelaug. Er der endnu ikke etableret et lægelaug i kommunen, udpeges de to lægelige medlemmer af kommunens læger efter vejledning fra PLO-regionalt.

Lægerne kan lade sig erstatte af andre læger i sager, hvor lægerne skønner noget sådant er hensigtsmæssigt. De udpegede læger kan endvidere lade sig supplere af andre læger, hvor lægerne skønner noget sådant hensigtsmæssigt (sidstnævnte udløser dog ikke honorar).

NOTE TIL § 96:

Det anbefales, at et af kommunens medlemmer samtidig er kontaktperson for udvalget.

KAPITAL XII UDVALG OG FONDE

Alle beløb i kapitel XII er angivet i 01-04-2014-niveau. I øvrigt henvises der til bilag 18.

§ 97 FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Med henblik på at understøtte og finansiere landsdækkende kvalitetsinitiativer i almen praksis nedsættes Fonden for Almen Praksis, der har ansvaret for de afsatte overenskomstmidler til kvalitetsudvikling, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling.

Stk. 2.

Fondens bestyrelse består af 5 medlemmer udpeget af PLO og 5 medlemmer udpeget af RLTN. Overenskomstens parter deler formandsskabet.

Stk. 3.

Som rådgivende for fondens bestyrelse oprettes et Fagligt Råd, jf. § 101.

Stk. 4.

Der nedsættes en Sekretariatskoordinationsgruppe, som er en sekretariatsfunktion for fondsbestyrelsen, og som rådgives af Fagligt Råd. Sekretariatskoordinationsgruppen sammensættes af:

Op til 4 repræsentanter udpeget af PLO

Op til 4 repræsentanter udpeget af Danske Regioner.

Stk. 5.

Fonden sekretariatsbetjenes af Danske Regioner og PLO i fællesskab.

§ 98 OPGAVER OG BEFØJELSER FOR FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Fonden har til opgave at styrke eksisterende udviklings- og driftsaktiviteter inden for kvalitet, faglighed, efteruddannelse og forskning. Fonden støtter herudover andre kvalitetsinitiativer med særlig relevans for almen praksis og for et sammenhængende sundhedsvæsen – bl.a. initiativer som fremmer udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel.

Stk. 2.

Fonden baserer sit arbejde på rådgivning fra Fagligt Råd. På baggrund af indstillinger fra Fondens bestyrelse kan parterne aftale overenskomstmæssige konsekvenser af forslag vedrørende kvalitet, faglighed, efteruddannelse og forskning, herunder eventuelle økonomiske konsekvenser.

Stk. 3.

Den overenskomstaftalte fordeling af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fastholdes som udgangspunkt. Ved enighed i fondens bestyrelse kan der dog træffes tværgående beslutninger, der påvirker ressourcfordelingen i en afgrænset eller varig periode.

§ 99 INDBETALING AF MIDLER TIL FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Regionerne indbetaler årligt til Fonden for Almen Praksis nedenstående beløb. Beløbene er opgjort pr. gruppe 1-sikret opgjort pr. 01-10 det foregående år.

Stk. 1a.

Der indbetales beløb svarende til kr. 1,82 pr. gruppe 1-sikret til formål under den tidligere KIF-fond,

- heraf kr. 0,18 til støttefunktion i forbindelse med akkrediteringen af Den Danske Kvalitetsmodel og kr. 0,14 til patienttilfredshedsundersøgelser.

Stk. 1.b.

Til formål under den tidligere Forskningsfond, indbetales følgende beløb:

- Pr. 1. september 2015 kr. 4,44
- Pr. 1. september 2016 kr. 4,62
- Pr. 1. september 2017 kr. 4,98

Stk. 1.c.

Til formål under den tidligere Efteruddannelsesfond indbetales følgende beløb:

- Pr. 1. september 2015 kr. 9,11
- Pr. 1. september 2016 kr. 13,57
- Pr. 1. september 2017 kr. 18,03

Stk. 1 d.

Der indbetales kr. 0,62 pr. gruppe 1-sikret til Fagligt Råds arbejde.

Stk. 1 e.

Staten indbetaler i henhold til "Hovedpunkter i aftalen på almen lægeområdet" af 30-05-1991, pkt. 17, årligt kr. 7.574.795 til den i stk. 1 nævnte fond (tidligere Forskningsfonden).

Stk. 2.

Beløbene reguleres i takt med udviklingen af honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år.

Stk. 3.

Indbetalingen af de i stk. 1 nævnte midler finder hvert år sted pr. 1. september til RLTN.

§ 100 SEKRETARIATSKOORDINATIONSGRUPPE

Stk. 1.

Der nedsættes en sekretariatskoordinationsgruppe, der skal sikre, at arbejdet i enhederne under "Fonden for Almen Praksis" sker i overensstemmelse med de overordnede politiske beslutninger. Sekretariatskoordinationsgruppen skal sikre en koordineret tværgående sekretariatsbetjening og på et administrativt niveau varetage ansvaret for både drifts- og udviklingsopgaver samt løbende sekretariatsopgaver.

Stk. 2.

Sekretariatskoordinationsgruppen er administrativ og består af op til fire repræsentanter udpeget af PLO samt op til fire repræsentanter udpeget af Danske Regioner.

§ 101 FAGLIGT RÅD

Stk. 1.

Med henblik på at understøtte den faglige udvikling i almen praksis nedsættes Fagligt Råd.

Stk. 2.

Fagligt Råd har til formål at være et forum for tydelig inddragelse af relevante interesser fra de involverede faglige miljøer i fondens arbejde.

Stk. 3.

Rådet kan på eget initiativ eller efter anmodning fra fondsbestyrelsen analysere og belyse faglige områder af relevans for almen praksis. I grundlaget for rådets arbejde indgår bl.a. nye forskningsresultater, kvalitetssikringsresultater, kliniske vejledninger, medicinsk teknologivurdering, ændret arbejdsfordeling mellem primær- og sekundærsektoren samt overvejelser om behov for ændring af arbejdsdelingen mellem alment praktiserende læger og deres klinikpersonale.

Stk. 4.

Fagligt Råd sammensættes af:

- 3 repræsentanter fra RLTN
- 3 repræsentanter fra PLO
- 1 repræsentant udpeget i fællesskab af de tre forskningsenheder
- 1 repræsentant fra IKAS
- 1 repræsentant fra DAK-E
- 1 repræsentant fra DSAM
- 1 repræsentant fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- 1 repræsentant fra Sundhedsstyrelsen.
- formanden for Forskningsudvalget,
- formanden for KFU (Kvalitets- og Forskningsudvalget)
- formanden for Fagligt Efteruddannelsesudvalg.

Parterne udpeger i fællesskab en formand for Fagligt Råd blandt ovennævnte repræsentanter. Rådet sekretariatsbetjenes af Sekretariatskoordinationsgruppen.

Stk. 5.

Rådet kan nedsætte arbejdsgrupper med henblik på belysning af særlige faglige områder samt anvende faglig bistand ad hoc.

§ 102 ANVENDELSE AF MIDLER VEDRØRENDE FAGLIGT RÅD

Stk. 1.

Af de kr. 0,62 pr. gruppe 1-sikret, som regionerne indbetaler, anvendes kr. 0,35 pr. gruppe 1-sikret til arbejdet med DSAMs kliniske vejledninger.

Stk. 2.

Parterne fastsætter nærmere retningslinjer for afholdelse af udgifter, regnskabsføring og adgangen til at overføre midler til næste regnskabsår for Fagligt Råd.

§ 103 ALMEN PRAKSIS VED UNIVERSITETERNE (APU)

Stk. 1.

Parterne har den 20-06-2002 stiftet Fonden for Almen Praksis ved Universiteterne (APU-Fonden) med det formål at etablere almene praksis i anpartsselskabsform ved universiteterne i Århus, København og Odense.

Stk. 2.

Indskudskapitalen i de APU-anpartsselskaber, der stiftes, skal ejes 100% af APU-Fonden.

Stk. 3.

Bestyrelsen i APU-anpartsselskaberne bør - udover repræsentanter for APU-Fonden - så vidt muligt sammensættes med repræsentanter for det lokale praksisudvalg, universitetets almenmedicinske enheder og selskabets lægelige medarbejdere.

Stk. 4.

En almen praksis ved et universitet (APU) indgår i den årlige lægedækningsberegning i regionen, jf. § 3.

Stk. 5.

Ud over det antal lægekapaciteter, som en APU råder over, er APU - uden ansøgning til samarbejdsudvalget - berettiget til at ansætte et tilsvarende antal læger. Der gælder i den forbindelse samme vilkår som ved etablering af delepraksis, jf. § 22.

Stk. 6.

De læger, der ansættes i en APU (bortset fra uddannelseslæger og vikarer) skal personligt til- eller fratræde overenskomsten.

Stk. 7.

Overenskomstens almindelige bestemmelser finder i øvrigt anvendelse for APU og de tilknyttede læger med de modifikationer, der måtte følge af den særlige konstruktion.

REGIONALE UDVALG

§ 104 DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSES-UDVALG

Stk. 1.

I hver region nedsættes et regionalt kvalitets- og efteruddannelsesudvalg som et underudvalg under samarbejdsudvalget.

Stk. 2.

Regionsrådet udpeger mindst 4 og højst 6 medlemmer. Mindst 4 og højst 6 medlemmer udpeges af PLO-regionalt.

Stk. 3.

Udgifter forbundet med udvalgenes arbejde finansieres af midler afsat af den enkelte region, jf. § 106.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget træffer aftale om fordelingen af midlerne, men kan delegerede bevillingskompetence til kvalitets- og efteruddannelsesudvalget. Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget træffer afgørelser i enighed.

Stk. 5.

Evt. uforbrugte midler overføres til efterfølgende regnskabsår til de formål, der er beskrevet nedenfor.

§ 105 OPGAVER FOR DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSESUDVALG

Stk. 1.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg skal fremme arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse blandt de praktiserende læger i regionen. Udvalgene skal herunder bidrage til implementering af nye faglige ydelser og andre tiltag aftalt af overenskomstens parter.

Stk. 2.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg inddrages i **Fonden for Almen Praksis'** arbejde med kvalitet med henblik på, at der kan ske den fornødne koordinering af kvalitetsarbejdet på landsplan. Udvalgene støtter gennem deres arbejde og anvendelse af deres midler implementering af Fondens arbejde, herunder i relation til Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet.

Stk. 3.

Udvalgene orienterer **Fonden for Almen Praksis** om regionale kvalitetsudviklings- og efteruddannelsesinitiativer. Endvidere bidrager udvalgene til formidling af kvalitetsinitiativer og – projekter igangsat af Fonden eller af udvalgene selv.

Stk. 4.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg skal udbygge og drive en kvalitetskonsulentordning, der løbende understøtter og faciliterer implementeringen af DDKM i almen praksis. Ordningen skal tilrettelægges med udgangspunkt i de behov, arbejdsgruppen til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis beskriver, jf. Bilag 7: Protokollat vedrørende kommissorium og sammensætning af en arbejdsgruppe til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis.

NOTE TIL § 105:

Parterne er enige om, at det er væsentligt, at de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg understøtter alment praktiserende lægers arbejde med at vurdere, sikre og udvikle kvalitet i lægemiddelanvendelsen, herunder rationel farmakoterapi.

Arbejdet kan fremmes ved at kvalitets- og efteruddannelsesudvalget og evt. regionale konsulenter inden for lægemiddelområdet (lægemiddelkonsulenter) understøtter tiltag som fx:

- udarbejdelse af statistik om lægemiddelanvendelse*
- opfølgende konsulentbesøg hos lægerne*
- løbende efteruddannelse om lægemiddelanvendelse, herunder afholdelse af temamøder om særlige emner*

Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget og evt. regionale konsulenter inden for lægemiddelområdet kan medvirke ved udarbejdelse af forslag til en regional rekommandationsliste, eller – i det omfang, der udarbejdes en national rekommandationsliste - medvirke til en lokal tilpasning. Det bør

tilstræbes, at en rekommandationsliste indeholder fælles rekommandationer for sygehussektor og primær sektor eller indeholder en stillingtagen til ændringer i ordinationer ved patientens overgang fra sygehussektor til primærsektor. I det omfang udvalgets og lægemiddelkonsulentens arbejde fører til forslag, som ønskes aftalt med de praktiserende læger, kan aftale indgås mellem regionen og PLO-regionalt. Som eksempel kan nævnes aftale om at benytte en regional rekommandationsliste.

§ 106 MIDLER TIL DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUD- DANNELSESUDVALG

Stk. 1.

Regionerne afsætter en pulje på kr. 8,30 pr. gruppe 1 sikret til lokal anvendelse til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Kr. 1,36 heraf afsættes særskilt til den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning, jf. bilag 11 protokollat af 16. juni 2008 om organisering af den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning, DGE. Midlerne afsættes til løn til vejlederne inkl. koordinatortillæg, gruppelederaktiviteter samt udgifter til administration, kontorhold mv. Yderligere kr. 0,89 heraf afsættes til en udvidelse af ordningen med kvalitetskonsulenter til at understøtte og facilitere DDKM i almen praksis.

Stk. 2.

Beløbene i stk. 1 er angivet i 01-04-2014-niveau og reguleres i takt med udviklingen i honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år.

Stk. 3.

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

KAPITEL XIII. SAMARBEJDSBESTEMMELSER OG VEDLIGEHOLDELSE AF AFTALEN

§ 107 SAMARBEJDSUDVALG

Stk. 1.

I hver region nedsættes et samarbejdsudvalg på 8-12 medlemmer.

Stk. 2.

Regionsrådet og kommunerne i regionen (Kommunekontaktrådet) udpeger tilsammen mindst 4 og højst 6 medlemmer, hvoraf kommunerne i regionen udpeger 1-2 medlemmer og regionen udpeger 3-5 medlemmer. Mindst 4 og højst 6 medlemmer udpeges af PLO-regionalt.

Stk. 3.

Samarbejdsudvalget holder møde 4 gange om året, og i øvrigt når en af parterne stiller krav herom.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget fastlægger en forretningsorden for sit arbejde med udgangspunkt i en af Landssamarbejdsudvalget udarbejdet vejledende forretningsorden, jf. bilag 23.

Stk. 5.

Samarbejdsudvalget kan kun træffe afgørelser i enighed. I andre tilfælde skal sagen forelægges Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6.

Samarbejdsudvalgets afgørelser skal fremsendes skriftligt til de parter som afgørelsen vedrører. En af sagens parter kan inden seks uger fra modtagelsen af afgørelsen kræve samarbejdsudvalgets afgørelse forelagt for Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 7.

I det omfang samarbejdsudvalget finder det relevant, kan udvalget nedsætte faste eller ad hoc underudvalg. Et underudvalg kan varetage bestemte opgaver, f.eks. have ansvar for lægevagten. Samarbejdsudvalget fastsætter underudvalgets opgaver og kompetencer.

§ 108 SAMARBEJDSUDVALGETS OPGAVER OG BEFØJELSER

Stk. 1.

Samarbejdsudvalget vejleder med hensyn til forståelse og praktisering af overenskomstens enkelte bestemmelser.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget behandler klager over lægebetjeningen, jf. kapitel XIV, **samt klager over automatisk fastsat højestegrænse, jf. § 87.**

Stk. 3.

Samarbejdsudvalget har pligt til at behandle henvendelser i anledning af, at lægehjælpsudgifter i et område afviger væsentligt fra udgifter i tilsvarende områder. Tilsvarende gælder sygehjælpsudgifter, der er afhængige af lægernes ordinationer.

Stk. 4.

Samarbejdsudvalget varetager i øvrigt de opgaver, der er henlagt til udvalget i denne overenskomst.

Stk. 5.

Sager af principiel karakter skal af samarbejdsudvalget forelægges for Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6.

Samarbejdsudvalget har ved en læges misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten eller lokale aftaler, som henviser til overenskomstens sanktionsbestemmelser, adgang til:

- A. At tildele advarsel eller udtale misbilligelse
- B. At indstille til Landssamarbejdsudvalget:
 - a) at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af samarbejdsudvalget foreslået beløb,
 - b) at lægen pålægges en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål,
 - c) at lægen udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten.

Afgørelse efter A skal indberettes til Landssamarbejdsudvalget.

stk. 7.

Forud for anvendelsen af de i stk. 6 nævnte sanktioner har samarbejdsudvalget mulighed for at:

- a) tilbyde rådgivning og vejledning

- b) tilbyde kollegial støtte, fx fra mentor eller netværk
- c) give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden (fx efterleve faglige retningslinier).

Stk. 8.

Samarbejdsudvalget drøfter mindst én gang årligt samarbejdet mellem almen praksis, sygehuse, den øvrige praksissektor, kommunerne og region, herunder hvordan almen praksis mest hensigtsmæssigt samordnes med øvrigt sundhedspersonales virksomhed med henblik på en effektivisering af samspillet mellem de alment praktiserende læger og øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Hvis der er enkeltpersoner, grupper af personer eller repræsentanter for en region eller en kommune, som ikke lever op til de forventninger, som stilles af de øvrige aktører, drøfter samarbejdsudvalget hvordan dette løses. Der kan eksempelvis være behov for at facilitere samarbejdet yderligere via øget informationsindsats, styrket anvendelse af praksiskonsulenter og evt. andre dialogbaserede værktøjer. Hvis problemstillingen fortsat ikke kan løses, vurderer samarbejdsudvalget, om der er grundlag for at anvende sanktioner.

Stk. 9.

Samarbejdsudvalget indberetter til overenskomstens parter en gang årligt en kort afrapportering fra de i medfør af stk. 8 gennemførte drøftelser.

§ 109 LANDSSAMARBEJDSUDVALGET

Stk. 1.

Der nedsættes et Landssamarbejdsudvalg (LSU) bestående af medlemmer udpeget af RLTN og medlemmer udpeget af PLO. Hver part udpeger op til 6 medlemmer.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget holder ordinært møde hvert kvartal, og i øvrigt når mindst 4 medlemmer stiller krav herom.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget fastsætter selv sin forretningsorden.

NOTE TIL § 107 og § 109:

Følgende bestemmelse i Sundhedsloven har konsekvens for behandlingen af sager i samarbejdsudvalgene og Landssamarbejdsudvalget:

Sundhedsloven § 127, stk. 8: Ved behandling af sager i paritetiske organer nedsat i henhold til overenskomster, indgået i medfør af stk. 1, skal en sundhedsperson, som er part i sagen, og som ikke er medlem af en forening, som er repræsenteret i det paritetiske organ, gives ret til at møde, evt. ved bisidder, når en klage over den pågældende eller en sag, som evt. vil kunne give anledning til fastsættelse af sanktioner over for den pågældende, behandles.

§ 110 LANDSSAMARBEJDSUDVALGETS OPGAVER OG BEFØJELSER

Stk. 1.

Landssamarbejdsudvalget skal til fremme af samarbejdet mellem parterne og til brug for udvikling eller ændring af de overenskomstomfattede opgaver på eget initiativ foretage fornødne undersøgelser og kan udarbejde vejledninger til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget behandler henvendelser om fortolkning af overenskomsten fra PLO-regionalt, regionerne, samarbejdsudvalgene samt andre, f.eks. centrale myndigheder. Landssamarbejdsudvalget fungerer som ankeinstans i klagesager, jf. kapitel XIV.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget har pligt til at føre effektiv kontrol med udgifterne til lægehjælp ydet i henhold til denne overenskomst, herunder udgifter, der er afhængige af lægernes ordination, jf. kapitel IX.

Stk. 4.

Landssamarbejdsudvalget kan træffe foranstaltninger til nedbringelse af en læges regningskrav over for regionen.

Stk. 5.

Såvel regioner som læger er pligtige at meddele statistiske oplysninger, som er nødvendige for udvalgets virksomhed. Landssamarbejdsudvalget fastlægger retningslinier for hvilket statistisk materiale, der på grundlag af yderregisteret og afregningssystemet, skal udarbejdes til brug for udvalget, og tager stilling til afholdelse af de udgifter, der er forbundet med udarbejdelsen af det statistiske materiale.

Stk. 6.

Landssamarbejdsudvalget kan ved klage over højestegrænser, og ved indberetning af oplysning om tildeling af advarsel eller udtalelse af misbilligelse, tiltræde afgørelsen, ændre afgørelsen eller tilbagesende sagen til fornyet behandling.

Stk. 7.

Landssamarbejdsudvalget skal orienteres om landsdækkende statistisk materiale vedrørende overenskomsten, som hver af overenskomstens parter måtte udarbejde. Materialet skal videregives i anonymiseret form, såfremt hensynet til enkeltpersoner taler herfor.

Stk. 8.

Landssamarbejdsudvalget udarbejder vejledende forretningsorden for samarbejdsudvalgene.

§ 111 LANDSSAMARBEJDSUDVALGETS SANKTIONSMULIGHEDER

Stk. 1.

Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en region, adgang til:

- a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning,
- b) at pålægge regionen at efterbetale lægen et af Landssamarbejdsudvalget fastsat beløb,
- c) at pålægge regionen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget har, for så vidt det drejer sig om en læge, adgang til:

- a) at tildele advarsel eller udtale misbilligelse med eller uden tilkendegivelse af gentagelsesvirkning,
- b) at beslutte, at lægen til regionen skal betale/tilbagebetale et af Landssamarbejdsudvalget fastsat beløb,
- c) at pålægge lægen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål,
- d) at udelukke lægen fra at praktisere efter overenskomsten.

Beslutninger efter b) og c) kan af regionen effektueres ved modregning i lægens tilgodehavende.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget kan bestemme, at en af dette afsagt kendelse skal offentliggøres efter udvalgets nærmere bestemmelse.

Stk. 4.

Afgørelser indeholdende en af de i stk. 1 og 2 nævnte sanktioner skal fremsendes i anbefalet brev.

Stk. 5.

I mangel af enighed i Landssamarbejdsudvalget om iværksættelse af en sanktion kan sagen af hver af overenskomstens parter indbringes for en opmand, jf. §§ 113 og 114.

Stk. 6.

Forud for anvendelsen af de i stk. 2 nævnte sanktioner har Landssamarbejdsudvalget mulighed for at:

- a) tilbyde rådgivning og vejledning
- b) tilbyde kollegial støtte, fx fra mentor eller netværk
- c) give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden (fx efterleve faglige retningslinjer)

§ 112 FORTOLKNINGSBIDRAG

Afgørelser truffet af Landssamarbejdsudvalget efter den tidligere overenskomst gælder som fortolkningsbidrag i den nye overenskomst.

OPMAND

§ 113 OPMAND

Stk. 1.

Parterne udpeger en uafhængig opmand.

Stk. 2.

I tilfælde af uenighed mellem parterne om udpegning af opmand udpeges denne af Indenrigs- og sundhedsministeren.

Stk. 3.

Udgifterne til opmandens virksomhed fordeles ligeligt mellem overenskomstens parter.

Stk. 4.

Ved en sags behandling af opmanden er sagens parter PLO og RLTN.

§ 114 OPMANDENS OPGAVER

Stk. 1.

Sager om fortolkning og anvendelse af en overenskomst samt klagesager, hvorom der ikke kan opnås enighed i Landssamarbejdsudvalget, kan af hver af overenskomstens parter indbringes for opmanden. Såfremt en af parterne ønsker, at opmanden skal mægle mellem parterne, indkaldes der, forinden sagen indbringes for opmanden, til møde mellem opmanden og Landssamarbejdsudvalget, hvor opmanden undersøger muligheden for et forlig og om muligt fremsætter et forligsforslag. Sager om idømmelse af organisationsansvar kan ligeledes indbringes for opmanden. Også i sager om organisationsansvar gælder bestemmelserne om mægling.

Stk. 2.

Landssamarbejdsudvalget fastsætter regler for behandling af sager ved opmanden.

Stk. 3.

Opmandens kendelser er bindende for parterne. I sager om idømmelse af organisationsansvar kan der pålægges en af parterne en bod.

KAPITEL XIV. KLAGEREGLER

§ 115 KLAGEREGLERNES OMFANG

Stk. 1.

Klagereglerne omfatter regioner, kommuner, alle patienter og alle overenskomstomfattede læger.

Stk. 2.

Klagereglerne omfatter de forhold, der er omhandlet i overenskomsten.

§ 116 FREMSÆTTELSE AF KLAGER

Stk. 1.

Klager fra patienter fremsættes i den kommune, hvor patienten er bosat, eller direkte over for regionen.

Stk. 2.

Klager fra læger fremsættes over for PLO-regionalt.

Stk. 3.

Klager fra kommuner fremsættes over for regionen.

Stk. 4.

Klager, der fremsættes over for regionen, skal fremsættes skriftligt. Alle klager skal fremsættes inden 6 uger efter, at det forhold, der giver anledning til klagen, er kommet til klagerens kundskab.

§ 117 BEHANDLING AF KLAGER FRA PATIENTER

Stk. 1.

Klagen forelægges den region, hvor lægen har sit konsultationssted.

Stk. 2.

Regionen indhenter en udtalelse fra den part, der er klaget over, eller afgiver selv en udtalelse til Landssamarbejdsudvalget, jf. stk. 5, såfremt det er regionen, der er klaget over.

Stk. 3.

Vedrører klagen en læge, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Vedrører klagen en kommune, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 5.

Klager over regionen forelægges for Landssamarbejdsudvalget.

§ 118 BEHANDLING AF KLAGER FRA LÆGER

Stk. 1.

PLO-regionalt indhenter en udtalelse fra den part, der er klaget over, dog for så vidt angår klager over patienter, en udtalelse gennem regionen.

Stk. 2.

Vedrører klagen en sikret indbringes klagen, såfremt PLO-regionalt ikke mener at kunne afvise klagen, for samarbejdsudvalget.

Stk. 3.

Vedrører klagen en kommune indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Vedrører klagen en region, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

§ 119 BEHANDLING AF KLAGER FRA KOMMUNER

Stk. 1.

Klagen forelægges den region, hvor lægen har sit konsultationssted.

Stk. 2.

Regionen indhenter en udtalelse fra den part, der er klaget over, eller afgiver selv en udtalelse til Landssamarbejdsudvalget, jf. stk. 4, såfremt det er regionen, der er klaget over.

Stk. 3.

Vedrører klagen en læge, indbringes klagen for samarbejdsudvalget.

Stk. 4.

Vedrører klagen en region, forelægges klagen for Landssamarbejdsudvalget.

§ 120 FÆLLES REGLER FOR BEHANDLING AF KLAGER

Stk. 1.

Ved klager, der ikke omfattes af klagereglerne, skal klageren oplyses herom og vejledes med hensyn til andre klagemuligheder.

Stk. 2.

Klager kan ikke afgøres ved forhandling med den part, der klages over, og den, der behandler klagen.

Stk. 3.

Parterne i klagesager er forpligtet til at afgive fuld oplysning om alle i sagen vedrørende forhold til den, der har sagen til behandling.

Stk. 4.

I forbindelse med behandling af sager efter dette kapitel finder principperne i forvaltningsloven § 3, stk. 1, 1), 2), 3) og 5) og stk. 2, § 4, § 9, stk. 1, 2 og 3, § 10, stk. 1, 1), § 12, 1), § 14, § 15, § 16, stk. 1, § 17, § 19, § 22, § 23, § 25, stk. 1, § 27, § 28 og § 30 tilsvarende anvendelse.

Stk. 5.

Klagesager skal behandles som fortrolige. Offentliggørelse kan kun finde sted efter særlig vedtagelse i Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6.

I sager, der behandles efter dette kapitel, er parterne pligtige at rette sig efter den trufne afgørelse.

§ 121 AFGØRELSE AF KLAGESAGER OG ANKE

Stk. 1.

Der kan kun træffes afgørelse i klagesager, når der er enighed om afgørelsen i klageorganet.

Stk. 2.

Er der ikke enighed i samarbejdsudvalget, indbringes sagen for Landsamarbejdsudvalget til afgørelse.

Stk. 3.

Samarbejdsudvalgets afgørelse kan inden 6 uger, af klageren eller af den indklagede, indbringes for Landssamarbejdsudvalget.

§ 122 FAGLIGE KLAGER (PATIENTOMBUDDET)

Alle patienter tilbydes dialog i forbindelse med indgivelse af en klage over en konkret sundhedsfaglig behandling eller sundhedsfaglige behandlingsforløb til Patientombuddet.

Formålet med den lokale dialog er at sikre sig, at patienten er blevet forstået, og muligheden for en klageafbødende løsning er blevet undersøgt.

Det opnås som udgangspunkt bedst, hvis den praktiserende læge vælger at deltage i den lokale dialog, som tilbydes patienten i forbindelse med patientklager.

KAPITEL XV. IKRAFTTRÆDEN M.V.

§ 123 ADGANG TIL ÆNDRINGER I OVERENSKOMSTEN

Under overenskomstens løbetid kan parterne foretage ændringer i overenskomstens bestemmelser uden opsigelse af overenskomsten.

§ 124 IKRAFTTRÆDEN

Ændringer aftalt den 1. marts 2014 træder i kraft den 1. september 2014.

§ 125 OPSIGELSE

Stk. 1.

Overenskomsten kan af begge parter opsiges med mindst 6 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

Stk. 2.

Overenskomstens bestemmelser i §§ 45 stk. 4, 50³, 53⁴, 65, 66 og 83 bortfalder regionsvis med et varsel på 6 måneder til ophør den 1. i en måned, såfremt der i regionen er indgået en underliggende aftale til praksisplanen, som fastlægger indsatser omkring de forskellige former for sygebesøg og indsatser for visse patienter med psykisk sygdomme.

Stk. 3.

Såfremt der ved ændring af lovgivningen om priser eller avancer eller lovgivningen, der regulerer arbejdsmarkedets forhold, gribes ind i honorarfastsættelsen efter overenskomsten, kan overenskomsten opsiges med 2 måneders varsel til ophør den 1. i en måned, uanset stk. 1. Dette er også tilfældet, hvis der ved lovgivning pålægges lægerne væsentligt øgede praksisomkostninger. Forinden skal der foregå forhandlinger mellem parterne.

NOTE TIL § 125:

Parterne er enige om, at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. september 2017.

³ Gælder kun ydelserne 0102, 0121, 0411, 0421, 0441, 0451, 0461, 0491 og 2301

⁴ Herunder ydelserne 6101 og 6201

København, den 01-03-2014

For REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN:

Jens Stenbæk

/ Kristian Heunicke

For PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION:

Bruno Melgaard
Jensen

/ Peter Orebo Hansen

BILAG TIL OVERENSKOMST OM ALMEN PRAKSIS

NOTE vedr. protokollater og øvrige aftaler af ældre dato:

Protokollater og øvrige aftaler af ældre dato er i forbindelse med overenskomstens redigering pr. 1-09-2014 konsekvensrettet, så betegnelser og paragrafhenvisninger svarer til den aktuelle overenskomst. Endvidere er honorarer, medmindre andet er anført, rettet til honorar pr. 1-04-2014.

BILAG 1: PROTOKOLLAT OM ROLLER OG OPGAVER I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010

I det følgende beskrives de basale forpligtelser, som almen praksis har ved tilslutning til overenskomsten for almen praksis. Forpligtelserne gælder den enkelte almene praksis som samlet organisation, herunder både den enkelte praktiserende læge og praksispersonale.

Roller og opgaver i almen praksis:

Almen praksis udgør en væsentlig funktion i det danske sundhedsvæsen som borgernes hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet og ved at udfylde roller som generalist, gatekeeper og tovholder.

Frontlinjelæge

Almen praksis er borgerens første, frie og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet. Den praktiserende læge er den medicinske ekspert, der som frontlinjelæge diagnosticerer og behandler hovedparten af sygdommene i befolkningen. Den praktiserende læge er ansvarlig for alle sine tilmeldte patienter i en uselekteret patientpopulation og håndterer ethvert problem, patienten opfatter som et sundhedsproblem uanset personens alder, køn, eller andre karakteristika.

Generalist

Den alment praktiserende læge er ikke subspecialiseret, men kan med sine alment medicinske generalistkompetencer tage sig af alle sundhedsproblemer fra banale til komplekse. I almen praksis vurderes patienten som en helhed og almen praksis er uddannet til at se, at symptomer kan komme af mange årsager, både medicinske, sociale, kulturelle og psykologiske.

Gatekeeper

I mødet med patienten afgør den praktiserende læge, om der er et medicinsk behov for, at patienten henvises til andre dele af det primære sundhedsvæsen eller til det sekundære sundhedsvæsen. Lægen udnytter sin viden om sundhedsvæsenets organisation, opgavefordeling og udbud til at sikre, at de patienter, der har et medicinsk behov, og som vil få et helbredsmæssigt udbytte deraf, henvises til det øvrige sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet er indrettet efter princippet om behandling på lavest mulige effektive omsorgsniveau. Gennem visitationsfunktionen bidrager almen praksis til at sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets resourcer.

Tovholder

Et komplekst sundhedsvæsen nødvendiggør betydelig koordination og styring, og almen praksis har opgaven som koordinator, vejleder og tovholder for patienten. Som tovholder er almen praksis ansvarlig for at sikre overblik og kontinuitet i patientforløbet defineret ud fra patientens behov. Tovholderfunktionen betyder, at almen praksis med sit kendskab til patienten og historikken i patientens forskellige helbredsproblemer samler trådene og sikrer, at der er en logisk sammenhæng i de tilbudte undersøgelser og behandlinger, så behandlingen forbliver relevant i forhold til patientens helbredsproblem. Herunder udøver almen praksis vejledning, når en patient behøver en sundhedsfaglig vurdering af aktuel og fremtidig status.

Almen praksis' arbejdsområde:

Almen praksis varetager en lang række almindelige behandlingsopgaver på en række områder, der falder inden for det almen medicinske kompetenceområde, og som derfor skal varetages i almen praksis. Det er opgaver, der endvidere ligger i naturlig forlængelse af almen praksis roller og funktioner. I det følgende nævnes en række væsentlige opgaver, som der er behov for, at almen praksis har fokus på i fremtiden. Listen er ikke prioriteret og er heller ikke udtømmende.

Akutte sygdomstilfælde og mindre skader

Almen praksis placering i sundhedsvæsenet indebærer, at en række af opgaverne i både dag- og vagttid knytter sig til patienter, der henvender sig med akutte symptomer og sygdomstilfælde, med mindre skader eller som oplever en anden form for nyligt opstået helbredsproblem. Almen praksis foretager for disse patienter diagnostik og behandling, og i fornødent omfang visitation.

Patienter med kronisk sygdom

En stor del af kontakterne i almen praksis vedrører patienter med kroniske sygdomme. Almen praksis udreder og behandler disse patienter i systematiske og planlagte forløb. Almen praksis agerer proaktivt for denne patientgruppe og tager initiativ til at sikre en effektiv behandlingsindsats samt fremme af sine tilmeldte patienters sundhed.

Almen praksis' hovedopgaver knytter sig til diagnostik, behandling og løbende systematisk kontrol, visitation og koordination. Almen praksis indgår i samarbejde med såvel det specialiserede sundhedsvæsen som de kommunale tilbud om forebyggelse, rehabilitering, undervisning og støttefunktioner for denne gruppe patienter. Samarbejdet sker med udgangspunkt i de regionale forløbsprogrammer for kronisk sygdom, såfremt almen praksis har deltaget i udarbejdelsen af disse.

Forebyggelse

I forebyggelse skelnes mellem den patientrettede forebyggelse og den borgerrettede forebyggelse. Den borgerrettede forebyggelse sker i kommunerne, mens almen praksis' ressourcer målrettes mod den medicinske forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundhedstilbud.

Almen praksis tager sig primært af den patientrettede forebyggelse over for patienter med kroniske sygdomme eller patienter med risikofaktorer. Da almen praksis er i kontakt med størsteparten af borgerne hvert år, er der i almen praksis et naturligt potentiale for at indtænke forebyggelse og sundhedsfremme i kontakterne - hver konsultation indebærer således et forebyggelsespotentiale, hvor der vil indgå råd og vejledning, som må karakteriseres som primær profylakse i mange konsultationer.

Herudover definerer sundhedsloven en række forebyggelsesopgaver ift. svangre- og børneomsorg, vaccinationer og ved screeningsprogrammer, som almen praksis skal varetage.

Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen – herunder om særlige patientgrupper

Som en integreret del af sundhedsvæsenet indgår almen praksis generelt i forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb.

I samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen indgår opgaver for en række patientgrupper, der ofte har komplekse og sammensatte behov for tilbud.

Almen praksis indgår i forhold til disse grupper bl.a. i et socialmedicinsk samarbejde med kommunerne. Den socialmedicinske indsats vedrører primært ressourcetsvage patienter, misbrugere, børn/unge med særlige behov og ældre patienter.

Almen praksis har endvidere en vigtig rolle som tidlig opsporer af psykiske lidelser hos børn, unge og voksne samt en vigtig rolle i behandlingen af ikke alvorlige tilfælde af psykiske lidelser, især ikke psykotiske lidelser.

Almen praksis spiller også i kraft af et oftere længerevarende kendskab til sine patienter en vigtig rolle i den palliative indsats og medvirker i samarbejde med resten af sundhedsvæsenet i at sikre lindrende behandling og omsorg for sine uhelbredeligt syge og døende patienter.

BILAG 2: PROTOKOLLAT OM SAMARBEJDE MELLEM ALMEN PRAKSIS, SYGEHUSVÆSEN, KOMMUNER OG REGIONER AF 21-12-2010

Almen praksis udgør en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i et gensidigt forpligtende samarbejde med de øvrige aktører, herunder sygehusvæsen, kommuner og regioner. Alle sundhedsvæsenets aktører har en fælles interesse i, at patienter over hele landet indgår i velplanlagte forløb. Almen praksis følger derfor også centralt fastsatte faglige retningslinier/principper og forløbsprogrammer.

Almen praksis inddrages fra start:

Da de fleste behandlingsforløb starter i almen praksis er det væsentligt at alle aktører tager et væsentligt hensyn til almen praksis' rolle, når der foretages planlægning med hensyn til at sikre sammenhængende patientforløb, herunder forløbsprogrammer. Det regionale praksisudvalg bør derfor inddrages fra start. Formålet er at lægerne kan bidrage til fastlæggelsen af deres egen rolle i samarbejdet og arbejdsdelingen og sikre, at der fastlægges procedurer, som er afstemte med arbejdsgangen i almen praksis. Hvis der er tale om at fastlægge procedurer inden for en kommune, er det repræsentanter for de lokale læger, som skal inddrages.

Sundhedsaftaler:

I forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner er almen praksis ikke efter lovgivningen aftalepart. De hidtidige erfaringer har imidlertid vist, at sundhedsaftalerne i vidt omfang har et ind-

hold, der har betydning for samarbejdet med de praktiserende læger. Det er derfor også i denne sammenhæng vigtigt at inddrage repræsentanter for almen praksis. Det kan være hensigtsmæssigt, at de dele af sundhedsaftalerne, der specifikt vedrører almen praksis, udskilles til et særligt afsnit, som indgås mellem region og kommune. Det gælder både de generelle sundhedsaftaler og de bilaterale sundhedsaftaler mellem en region og en kommune.

Let og overskuelig information om arbejdsdeling og procedurer:

Når der er fastlagt arbejdsdeling og procedurer skal såvel de praktiserende læger som andre aktører, der berøres, modtage relevant information om, hvad der forventes af dem. Ud over skriftlig information kan der være tale om andre informationstiltag, kursusaktivitet, inddragelse af praksiskonsulent mv., omfanget afhænger af emnet. Alle procedurebeskrivelser m.v. præsenteres endvidere på en overskuelig måde på sundhed.dk og eventuelt den regionale informationsportal, sådan at alle - også efter den initiale information - har let adgang til informationen

BILAG 3: PROTOKOLLAT OM LÆGEVAGTEN AF 21-12-2010

RLTN og PLO er enige om, at anbefalingerne fra Udvalg om det Præhospital Akutberedskab skal søges indfriet ved samarbejde mellem de praktiserende læger og de enkelte regioner. PLO har tilkendegivet, at dette dog ikke gælder anbefalingen vedrørende fælles regional ledelse af lægevagten.

Fremdriften i indfrielsen af anbefalingerne fra akutudvalget evalueres løbende mellem parterne op til næste overenskomstforhandling.

BILAG 4: ØKONOMIPROTOKOLLAT AF 01-09-2014

Den økonomiske ramme for almen praksis er opgjort i forhandlingsaftalen og udgør 7.714,9 mio. kr. (april 2014-niveau).⁵ Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering. Udgifter vedrørende lokale aftaler og rammeaftaler er ikke inkluderet i rammen.

Rammen skal reduceres for udgifter vedr. profylaktiske ydelser, influenzavaccinationer og udtagelse af prøver af livmoder m.m. til cytologiske undersøgelser (2102) inkl. én 0101.

⁵ Ekskl. korrektion for akutbetjening.

Den økonomiske ramme reduceres endvidere for udgifter vedr. sygebesøg og 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 omkring de forskellige former for sygebesøg og indsatsen for visse patienter med psykiske problemstillinger fastlægges. Rammen reduceres med et beløb svarende til den enkelte regions udgifter til ydelserne vedrørende sygebesøg og samtaleterapi de forudgående 12 måneder.

Til rammen lægges:

- Løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 62 i overenskomsten.
- 43 mio. kr. pr. 1. oktober 2014, 78 mio. kr. pr. 1. oktober 2015 og 120 mio. kr. pr. 1. oktober 2016 blandt andet som følge af udviklingen i gruppe 1-sikrede (april 2014 prisniveau).

Fra rammen trækkes:

- 10 mio. kr. pr. 1. oktober 2014, 35 mio. kr. pr. 1. oktober 2015 og 40 mio. kr. pr. 1. oktober 2016 i medfør af den nye bestemmelse om automatiske højstegrænser (april 2014 prisniveau).

Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser. I den forbindelse skal der ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi. Den første opgørelse udarbejdes, når udgiftstallene for december 2014 foreligger.

Hvis de årlige udgifter til almen praksis overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra 1. oktober efter opgørelsen foreligger, sker en modregning efter følgende principper:

1. Ved overskridelser af den økonomiske ramme på mindre end $\frac{1}{2}$ procent af den samlede ramme iværksættes ikke modregning. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end $\frac{1}{2}$ procent undtages ikke fra modregning i reguleringsprocenten som beskrevet i punkt 2, medmindre andet aftales.
2. Ved overskridelser af den økonomiske ramme ud over $\frac{1}{2}$ procent sker en modregning i reguleringsprocenten, der skal give kompensation svarende til forskellen mellem den økonomiske

ramme plus $\frac{1}{2}$ pct. og de faktiske udgifter. Der kan dog ikke blive tale om nedsættelse af honorarer. I tilfælde af, at overskridelsen ikke fuldt ud kan modregnes i reguleringen pr. 1. oktober, overføres den manglende modregning til efterfølgende reguleringer. Eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme det efterfølgende år på mindre end $\frac{1}{2}$ procent undtages ikke fra modregning i reguleringsprocenten.

I forbindelse med beregningen af modregningen skal der foretages en særlig vurdering af væksten i ydelse 0120 (aftalt specifik forebyggelsesindsats). Hvis væksten i denne ydelse ligger over den gennemsnitlige vækst samlet set, nedsættes den samlede modregning med halvdelen af værdien af væksten i 0120.

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

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

- Opsagte lokalaftaler i det omfang, aktiviteten flyttes inden for rammen.
- Ændringer i omfanget af andre leverandører (private klinikker og regionsklinikker)
- Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelse eller lignende.

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 1. september 2017.

BILAG 5: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE DEN SAMLEDE HONORERING AF 13-10-2002

Den samlede honorering relaterer sig til såvel den konkrete patientkontakt og kontakt til nødvendige samarbejdsrelationer, som til selve tilstedeværelsen af konsultationsfaciliteter m.v. I det samlede honorar er der således taget højde for, at der skal dækkes udgifter forbundet med konsultationsfaciliteter, service og tilgængelighed, evt. medhjælp, edb og kørsel

m.v. baseret på de forhold og forudsætninger, der var gældende på det tidspunkt, hvor overenskomsten blev fornyet.

Den samlede honorering dækker en række koordinerende funktioner, som ikke nødvendigvis er relateret til umiddelbar patientkontakt, men kan henføres til, at den praktiserende læge er primært ansvarlig for den samlede og kontinuerlige behandling af patienten.

Den praktiserende læges funktion som kontaktperson/tovholder for patienter, der går på tværs af sektorerne i behandlingsforløb, understøttes ligeledes gennem den samlede honorering i form af såvel basis- som ydeshonorarer.

Den samlede honorering skal endvidere ses i sammenhæng med, at den praktiserende læge udøver sin professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme eller ved behandling, omsorg eller palliation uanset patientens alder, køn eller sundhedsproblem.

BILAG 6: PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF YDELSERNE I OVERENSKOMSTEN OG SAMMENHÆNGEN TIL DET ALMENMEDICINSKE ARBEJDSOMRÅDE AF 16-04-1999

Langt de fleste henvendelser til sundhedsvæsenet sker primært til de alment praktiserende læger. De praktiserende læger udreder og behandler den helt overvejende del af disse helbredsmæssige problemer inden for det almenmedicinske arbejdsområde gennem samtale med og klinisk undersøgelse af patienten. Lægen vil således ved audiovisuelle iagttagelser, eventuelt ved hjælpemidler som stetoskop, otoskop, blodtryksmåling, palpering, diverse laboratorieundersøgelser m.v., kunne udrede patientens tilstand, stille en eller flere diagnoser og evt. iværksætte behandling. I nogle tilfælde vil den alment praktiserende læges egne iagttagelser, viden og udstyr ikke være tilstrækkeligt til en sufficient udredning og behandling, hvorfor lægen kan henvise til yderligere udredning og evt. behandling hos speciallæge, på sygehus, laboratorium, billeddiagnostisk funktion eller lignende, der råder over særlig specialviden eller særligt udstyr.

Parterne er enige om, at de ydelser, der er aftalt i overenskomsten, afspejler, hvorledes lægen honoreres for at yde den almenmedicinske indsats, som den praktiserende læge forventes at være i stand til at tilbyde patienterne. I ydelsessortimentet indgår såvel grundydelse, tillæggydelser, laboratoriedydelser, samtaleterapi m.v.

Hvis den praktiserende læge ikke kan tilbyde alle ydelser, der er mulighed for at få honoreret i henhold til overenskomsten, skal der foreligge særlige forhold, f.eks. vedrørende praksis' patientsammensætning, størrelse og udstyr. Endvidere kan ydre forhold være afgørende for, om bestemte ydelser udføres af lægen, f.eks. den lokale tilrettelæggelse af laboratoriefunktionen.

Endelig er det en vægtig grund, hvis lægen ikke er i stand til at oparbejde den fornødne rutine i udførelsen af visse ydelser.

BILAG 7: PROTOKOLLAT OM KOMMISSORIUM OG SAMMENSÆTNING AF EN ARBEJDSGRUPPE TIL KONKRETISERING AF EN KVALITETSMODEL FOR ALMEN PRAKSIS

Arbejdsgruppens igangsætning og formål

Der nedsættes i foråret 2014 en arbejdsgruppe med det formål at få konkretiseret en kvalitetsmodel for almen praksis, der favner kvalitetsudvikling og akkreditering på en måde, der er meningsfuld og anvendelig i almen praksis.

Arbejdsgruppens opgave

Arbejdsgruppen har til opgave at:

- Færdiggøre et standardsæt for DDKM i almen praksis med vægt på kvalitetsudvikling via dataopsamling af helbredsoplysninger samt patienttilfredshed.
- Udarbejde en implementeringsplan for DDKM.
- Udarbejde en arbejdsbeskrivelse for en støttefunktion, jf. § 100 stk. 4.
- Oprette og igangsætte arbejdet i støttefunktionen hurtigst muligt i samarbejde med parterne i øvrigt.
- Udarbejde et system for løbende dokumentering af arbejdet med DDKM i den enkelte praksis.
- Beskrive de overordnede retningslinjer for det arbejde de regionale kvalitetskonsulenter skal udføre i forbindelse med facilitering af DDKM, herunder beskrive samarbejdsfladerne til vejledningsfunktionen på efteruddannelsesområdet.
- Beskrive hvordan DDKM løbende revideres og tilpasses.

Arbejdsgruppens sammensætning

Til arbejdsgruppen udpeges:

- To repræsentanter fra Danske Regioner
- To repræsentanter fra PLO

- En repræsentant fra DSAM
- En repræsentant fra DAK-E
- En repræsentant fra IKAS

Arbejdsgruppen kan herudover invitere særlige interessenter. Arbejdsgruppen skal præsentere overenskomstens parter for en model tids nok til, at implementeringen heraf kan påbegyndes senest den 1. januar 2015.

Gruppen sekretariatsbetjenes af PLO og Danske Regioner i fællesskab.

BILAG 8: PROTOKOLLAT OM EFTERUDDANNELSE

1. Indledning⁶

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 skal derfor indeholde en systematisk efteruddannelse.

Den systematiske efteruddannelse etableres som et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse og skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livslangt efteruddannelsesforløb indenfor 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 og emnerne for den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for almen praksis og skal som udgangspunkt ligge indenfor målbeskrivelsen for almen medicin.

2. Organisering

Efteruddannelse er organiseret under Fonden for almen praksis. Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for efteruddannelsesaktiviteter. Bestyrelsen udpeger et fagligt efteruddannelsesud-

⁶ I forhold til bestemmelserne i bilag 8 skal der tages højde for Bilag 18.

valg, hvortil der knyttes to lægefaglige konsulenter. PLO varetager sekretariatsbetjeningen af det faglige efteruddannelsesudvalg og konsulenterne, og løser de administrative opgaver, der er i forbindelse med godkendelse og refusion.

Desuden udbygges kvalitets- og efteruddannelseskonsulentordningen, så den omfatter rådgivning i forbindelse med lægernes efteruddannelse. Dette sker regionalt.

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:

- Fastlægge temaer for den systematiske efteruddannelse hvert andet år. Inden den politiske godkendelse udarbejdes et forslag til temaer fra sekretariatskoordinationsgruppen i samarbejde med det faglige efteruddannelsesudvalg.
- Følge op på den selvvalgte og systematiske efteruddannelse gennem evaluering, der bl.a. skal have fokus på graden af deltagelse fra praktiserende læger og anvendeligheden af efteruddannelsesaktiviteterne.
- Have adgang til samtlige informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, fagligt indhold og andre efteruddannelsesaktiviteter, under den selvvalgte og systematiske efteruddannelse.
- Fastsætte kriterier for godkendelse af aktiviteter, der kan modtage tilskud.
- Løbende have indsigt i, hvilke kurser, der er godkendt, ligesom Fondsbestyrelsen skal 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

Da der i forbindelse med efteruddannelsesområdet knytter sig en række mere konkrete driftsmæssige opgaver, som udbetaling af refusion og løbende godkendelser af efteruddannelsesaktiviteter, videreføres den sekretariatsfunktion i PLO, som tidligere betjente Efteruddannelsesfonden.

Sekretariatsfunktionen i PLO har ansvaret for at sekretariatsbetjene såvel det faglige efteruddannelsesudvalg, som de konsulenter, der varetager opgaver i forbindelse med godkendelse. Derudover skal sekretariatsfunktionen støtte sekretariatskoordinationsgruppen i spørgsmål og opgaver vedrørende efteruddannelse. Sekretariatet i PLO skal således:

- Indkalde til møder i det faglige efteruddannelsesudvalg
- Fremsende lister over godkendte kurser til Danske Regioner mindst en måned inden bestyrelsesmøderne i fonden
- Registrere tilskudsberettiget efteruddannelsesaktiviteter
- Modtage ansøgninger om tilskud til efteruddannelse
- Videre sende ansøgninger til konsulenter og fagligt efteruddannelsesudvalg
- Give besked til ansøgere om afgørelser
- Foretage udbetaling af tilskud
- Foretage stikprøvekontrol
- Udarbejde årsrapporter til sekretariatskoordinationsgruppen og Fondsbestyrelsen
- Udarbejde budget og regnskab til bestyrelsen
- Foretage evaluering af tilskudsberettiget efteruddannelse
- Bistå sekretariatskoordinationsgruppen i relation til opgaver vedrørende efteruddannelse

Til sekretariatet i PLO knyttes to alment praktiserende læger, udpeget af Fondsbestyrelsen, som konsulenter, der henholdsvis godkender kurser, der åbenlyst ligger indenfor de gældende retningslinjer, og som varetager opgaver i forbindelse med den systematiske efteruddannelse. Fondsbestyrelsen orienteres om de godkendelser, der foretages af konsulenterne, samtidig med at de orienteres om godkendelse fra det faglige efteruddannelsesudvalg.

2.3. Det faglige efteruddannelsesudvalgs opgaver

Fondsbestyrelsen nedsætter et fagligt efteruddannelsesudvalg, som i henhold til Fondsbestyrelsens retningslinjer bedømmer konkrete ansøgninger/kurser indenfor den selvvalgte og systematiske efteruddannelse, der ikke åbenlyst ligger indenfor 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. Det faglige efteruddannelsesudvalg godkender aktiviteter indenfor rammerne af fondsbestyrelsens vejledning. DSAM varetager formandsskabet for det faglige efteruddannelsesudvalg. Fondsbestyrelsen orienteres om, hvilke kurser, der godkendes.

2.4 Kvalitets- og efteruddannelseskonsulenternes opgaver

Kvalitets- og efteruddannelseskonsulenterne skal sikre, at den praktiserende læge kan få oplysninger om relevant efteruddannelse, der bl.a. skal ses i forlængelse af kvalitetsdata og behovet for kompetencer i den enkelte praksis. Konsulenterne har adgang til oplysninger om den enkelte læges efteruddannelse. Konsulenterne skal se på efteruddannelse i sammenhæng med kvalitetsområdet. Denne konsulentordning aftales i regionerne.

3. Indholdet i systematisk og selvvalgt efteruddannelse

Herunder beskrives indholdet i efteruddannelsen for de praktiserende læger:

3.1. Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter indenfor en række aftalte og prioriterede temaer. 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. Indholdet i denne type efteruddannelse kan tage afsæt i nationale indsatsområder som f.eks. kræftpakker, psykiatri, svangreomsorg mv. Temaerne bestemmes i bestyrelsen for fonden.

Det er afgørende, at kurserne ligger tydeligt indenfor rammerne af almen praksis opgaveområde og indenfor overenskomstens rammer. Sekretariatskoordinationsgruppen udarbejder i samarbejde

med det faglige efteruddannelses udvalg en liste med mulige emner og temaer, der kan indgå i den systematiske efteruddannelse inden bestyrelsesmøderne i fonden.

Der er enighed om, at praktiserende læger ikke behøver deltage i efteruddannelsesaktiviteter indenfor den systematiske efteruddannelse, hvis de har deltaget i tilsvarende kurser eller efteruddannelsesaktiviteter indenfor de seneste 2 år, herunder forskning og selvstændig litteraturlæsning.

3.1.1 Kursusudbud

Fondsbestyrelsen skal sikre at der er et relevant kursusudbud, der kan dække fagligt og geografisk i forhold til bestyrelsens beslutning om valg af temaer og emner. Kurser indenfor 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. Der kan også være behov for at nyudvikle efteruddannelsesaktiviteter, hvis der skal efteruddannes indenfor temaer, der ikke er omfattet af det eksisterende udbud.

Parterne er desuden enige om, at bestyrelsen for Fonden for almen praksis skal forelægges en projektbeskrivelse for igangsætning af et udviklingsarbejde vedr. beskrivelse af efteruddannelsesaktiviteter på baggrund af målbeskrivelsen for almen medicin. Projektet finansieres gennem fondens formue. Der forventes en udgift på 500.000 kr. til dette formål.

3.2 Selvvalgt efteruddannelse

Der vil forsat være mulighed for tilskud til den selvvalgte efteruddannelse, hvor kurserne 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.).

Op til 25 % af den enkelte læges rådighedsbeløb kan anvendes til anden godkendt efteruddannelse, som f.eks. skriftlig- eller IT-baseret efteruddannelse.

3.3 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 an-

ken, kan afgørelsen ankes til fondsbestyrelsen, som træffer en endelig afgørelse.

3.4 Opfølgning

Fonden for almen praksis foretager en opfølgning overfor læger der ikke deltager i systematisk efteruddannelse indenfor en 2 årig periode. Dette skal som hovedregel ske, efter lægen har modtaget besøg fra en kvalitets- og efteruddannelseskonsulent. 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 overfor læger, der fortsat ikke deltager i systematisk efteruddannelse.

Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget i regionerne orienteres om denne opfølgning med oplysninger om 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 DAK-E.

De regionale kvalitets- og efteruddannelseskonsulenter har adgang til oplysninger på individniveau i forhold til deltagelse i efteruddannelsesaktiviteter, der modtager tilskud fra Fonden for almen praksis. Oplysningerne om aktivitet tilgår de regionale kvalitets- og efteruddannelseskonsulenter kvartalsvis.

Det estimeres, at det koster 500.000 kr. at udvikle databasen i regi af DAK-E. Udgifterne finansieres af fondens egenkapital.

4.1. Årsrapporter

Sekretariatskoordinationsgruppen udarbejder årligt en opgørelse til bestyrelsen vedrørende såvel systematisk som selvvalgt efterud-

dannelse. I opgørelsen indgår som minimum oplysninger om varighed og fagligt indhold af efteruddannelsesaktiviteterne og samlet aktivitet fordelt på læger/praksistyper.

4.2. Stikprøver

Der foretages løbende en stikprøvekontrol af dokumentation for udgifter til systematisk og selvvalgt efteruddannelse. Stikprøvekontrollen gennemføres som en ugentlig stikprøvekontrol, hvor 10-15 % af alle udbetalinger udtages til stikprøvekontrol.

5. Omfanget af efteruddannelse

Alle registrerede læger kan trække på Fonden til godkendte efteruddannelsesformål op til det beløb, der er afsat, jf. § C. stk. 1c i Protokollat 4 A.

5.1 Indbetalinger til Fonden

Regionerne indbetaler 6 mio. kr. i overenskomstens 1. år, 31 mio. kr. i det andet overenskomstår og 56 mio. kr. i det tredje overenskomstår til systematisk efteruddannelse. Indbetalingerne er baseret på et træk på 80 % for systematisk efteruddannelse.

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 i hvert af overenskomsten 2. og 3. år.

Satser for udbetalinger af aktiviteter fra 1. september 2014

Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursushverdag ved systematisk efterudd.: 4.500 kr.*

Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursushverdag ved selvvalgt efterudd.: 2.600 kr.

Tabt arbejdsfortjeneste for en halv kursushverdag ved selvvalgt efterudd.: 1.300 kr.

Kursusgebyr samt udgifter i forbindelse med ophold, pr. godkendt kursusdag (inkl. weekend): max. 2.400 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 weekends 600 kr.
Studiemateriale: max. 25 % af Rådighedsbeløb

*** Der kan maksimalt udbetales tabt arbejdsfortjeneste for systematisk efteruddannelse for 3 dage årligt.**

**** For Lægedage gælder, at der kan refunderes op til 2.000 kr. i transport.**

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.

5.2 Indfasning

Det aftales, at den systematiske efteruddannelse opstartes pr. 1. september 2015.

6. Økonomiske konsekvenser

I det følgende redegøres for de etablerings- og driftsomkostninger, der er forbundet med udvidelse af Fonden for almen praksis' varetagelse af den samlede efteruddannelsesopgave.

6.1 Etableringsomkostninger ved systematisk efteruddannelse

Som det fremgår ovenfor, vil der være udgifter forbundet med krav om indsigt i lægernes efteruddannelsesaktiviteter.

Anskaffelse og udvikling af IT-systemer, i regi af DAK-E, anslås til at udgøre 500.000 kr. Der kan desuden opstå udgifter til udvikling af meritssystem og ekstraordinært træk på det nuværende sekretariat i PLO, der varetager Fondens nuværende aktiviteter. Disse udgifter vil i givet fald blive drøftet i fondsbestyrelsen. Udgiften anslås til at udgøre 500.000 kr.

Etableringsomkostningerne finansieres af fondens formue.

6.2. Forøgelse af driftsomkostninger (sekretariatet i PLO)

De nuværende udgifter forbundet med driften af Efteruddannelsesfonden udgør årligt 1.934.000 kr. (budget 2014). Ved implementering af systematisk efteruddannelse vil der ske en forøgelse af de løbende driftsudgifter i forbindelse med sekretariatsbetjeningen i PLO.

Udgifterne til drift og sekretariatsbetjening i PLO omfatter følgende:

- Øgede udgifter til registrering af aktiviteter
- Øgede udgifter til udbetaling af refusioner
- Øgede udgifter til stikprøvekontrol
- Evt. udgifter til håndtering af meritgodkendelser
- Evt. udgifter til håndtering af udbudsstyring
- Udgifter til håndtering af tilmeldinger og fakturering til aktiviteter under systematisk efteruddannelse
- Udgifter til håndtering af booking og tilrettelæggelse af aktiviteter under systematisk efteruddannelse
- Øgede udgifter til informationshåndtering overfor Danske Regioner/regionale konsulenter
- Øgede udgifter til lokaler, HR, kantine m.m.
- Udgifter til løbende udvikling af aktiviteter
- Udgifter til IT-support og vedligeholdelse af systemer
- Øgede udgifter til ledelse af sekretariat i PLO

Sekretariatsbetjeningen i PLO vil det første år kræve en udvidelse af det nuværende sekretariat med 2 medarbejdere samt tilknytning af yderligere 1 lægefaglig konsulent (ca. 7 timer ugentligt).

I forbindelse med registrering forventes en årlig udgift til licens til DAK-E på 1.000.000 kr.

Der kan desuden opstå behov for at lave udbud af nye kurser knyttet til systematisk efteruddannelse, der også vil indgå i driftsomkostninger i fonden. Et sådant behov vil evt. blive drøftet i fondsbestyrelsen.

Tabel 6.2: Forøgelse af driftsudgifter per år

Lønudgifter <ul style="list-style-type: none">- 2 medarbejdere (800.000)- 1 lægefaglig konsulent (310.000)- Ledelse (100.000)	1.210.000
Lokaler, m.v.	150.000
Drift og vedligeholdelse af database til registrering af systematisk efteruddannelse (DAK-E)	1.000.000
Forøgelse af sekretariatsbetjening og database i alt	2.360.000

Eventuelle driftsudgifter skal indfases i forhold til de reelle udgifter og aktivitetsniveau for efteruddannelsen. Det betyder, at en evt. opnormering/øgning af lønudgifterne kun skal ske, hvis der sker en øget aktivitet i Fonden over det niveau, der er forudsat, at Fonden skal håndtere i dag. Dog undtaget aktivitetsuafhængige etablerings- og driftsuafhængige omkostninger.

6.3 Forøgelse af udgifter til kurser

Udover etablerings- og driftsudgifterne til sekretariatet vil der være en række variable udgifter til at gennemføre aktiviteter under systematisk efteruddannelse.

Dækning af kursusudgift i forbindelse med systematisk efteruddannelse pr. deltager anslås til 1.500 kr. pr. kursist. Den systematiske efteruddannelse skal således være udgiftsneutral for deltagerne, fordi Fonden afholder udgifter til kursusaktiviteten. Taksten for tabt arbejdsfortjeneste er 4.500 kr. pr. dag for deltagelse i systematisk efteruddannelse.

Tabel 6.3: Årlige udgifter i forbindelse med 3 dage afsat til systematisk efteruddannelse

	Faste udgifter	Variable udgifter	Forventet træk på 80 %
3 dage	2.360.000	79.380.000	65.864.000

Faste udgifter er jf. ovenstående beregning af driftsudgifterne i tabel 6.2. Årlige variable udgifter er beregnet ved tabt arbejdsfortjeneste på 4.500 kr. + transportudgifter på 1.350 kr., samt kursusudgift pr dag på 1.500 kr. for 3600 læger (7.350 x 3600).

7. Indfasning af aftalen

7.1. Systematisk efteruddannelse

Bestyrelsen for Fonden for almen praksis skal beslutte emner og temaer for systematisk efteruddannelse på det førstkommende bestyrelsesmøde, der kan danne grundlag for, at der kan udbydes aktiviteter indenfor den systematiske efteruddannelse.

Da systematisk efteruddannelse er en ny form for efteruddannelsesaktivitet, vil der være behov for en trinvis indfasning af aktiviteter i overenskomstperioden.

Bestyrelsen for Fonden for almen praksis skal derfor i første overenskomst år have forelagt en plan for implementering af den systematiske efteruddannelse samt igangsætte og færdiggøre et konkret koncept for udmøntningen af aftalen om systematisk efteruddannelse. I planen skal det indgå, at der i overenskomstens 2. og 3. år skal udbydes efteruddannelse indenfor rammerne af systematisk efteruddannelse for læger i alle regioner. Der skal udbydes, hvad der svarer til 3 dages efteruddannelse årligt.

7.2 Selvvalgt efteruddannelse

Fondsbestyrelsen skal have forelagt et forslag til nye regler for godkendelse af efteruddannelsesaktiviteter, der kan gives refusion til i regi af fonden. Kriterierne skal understøtte målsætningerne om, at efteruddannelse skal medvirke til høj kvalitet i patientbehandlingen.

Det faglige efteruddannelsesudvalg har ansvaret for at indstille konkrete kriterier for godkendelser til fondsbestyrelsen i samarbejde med sekretariatskoordinations-gruppen.

BILAG 9: PROTOKOLLAT OM ORGANISERING AF DEN DECENTRALE GRUPPEBASEREDE EFTERUDDANNELSE (DGE) AF 16-06-2008

Formål

Der er gennemført en regionalisering af den eksisterende DGE- og efteruddannelsesvejlederordning.

Den overordnede målsætning for DGE- og efteruddannelsesvejlederordningen er, at alle læger sikres lokale, varierede og planlagte efteruddannelsstilbud med direkte relevans for den enkelte læges virke i sammenhæng med behovene i det regionale sundhedsvæsen og den øvrige kvalitetsudviklingsindsats for almen praksis i regionen, jfr. nedenstående oversigt over ordningens mål og opgaver for efteruddannelsesvejlederne. Det forudsættes, at kapaciteten i DGE- og efteruddannelsesvejlederordningen i de enkelte regioner som minimum fastholdes i den nye, regionale struktur.

Organisering

DGE og efteruddannelsesvejlederordningen organiseres efter følgende principper:

Forankring til regionalt niveau:

- DGE og efteruddannelsesvejlederne har en selvstændig organisering som en del af regionernes kvalitets- og efteruddannelsesindsats.
- Efteruddannelsesvejlederne ansættes i regionerne efter beslutning i et ansættelsesudvalg, der er paritetisk sammensat af repræsentanter for regionen og praksisudvalget i regionen.
- Den nærmere tilrettelæggelse af DGE- og efteruddannelsesvejlederordningen i den enkelte region besluttet af kvalitets- og efteruddannelsesudvalget under samarbejdsudvalget.

Koordination af grupperne:

- Efteruddannelsesvejlederne indgår i en samarbejdende regional vejledergruppe, som ledes af en regional efteruddannelseskoordinator, som selv er vejleder.
- Efteruddannelseskoordinatoren kan deltage som observatør eller medlem i KEU.

Forankring til centralt niveau:

- Efteruddannelsesfondens bestyrelse varetager den overordnede nationale koordinering af efteruddannelsesvejledernes aktiviteter og efteruddannelse. Efteruddannelsesfondens bestyrelse delegerer opgaver vedr. erfaringsudveksling og kurser til efteruddannelsesvejledere mv. til Lægeforeningens Uddannelsessekretariat. Disse opgaver kan løses i samspil med regionale aktører.
- Efteruddannelsesfondens bestyrelse følger løbende aktiviteten for efteruddannelsesvejledere og -koordinatoren samt DGE.

Den enkelte region fastlægger den konkrete organisering og tilrettelæggelse af efteruddannelsesvejledernes aktiviteter/DGE inden for rammerne af denne aftale.

Ansættelsesvilkår:

- Pr. 1. oktober 2008 overgår efteruddannelsesvejlederne til ansættelse i regionalt regi.
- Efteruddannelsesvejlederne og -koordinatoren ansættes og aflønnes af regionen.

Økonomi:

Midler, der i Efteruddannelsesfondens budget er afsat til opgaver, der regionaliseres i henhold til denne aftale, overføres til regionerne pr. 1. oktober 2008, herunder bl.a. midler til:

- aflønning af efteruddannelsesvejledere

- aflønning af efteruddannelseskoordinatorer
- midler til gruppelederaktiviteter
- administration af ordningen

Koordineringen af det centrale arbejde varetages af en alment praktiserende læge, der ansættes som efteruddannelseskonsulent i Uddannelsessekretariatet i et vist antal timer pr. uge.

Det forudsættes, at midlerne, der overføres til regionerne, anvendes til DGE-området, herunder fastholdelse af vejlederordningen og gruppelederaktiviteterne, så kapaciteten som minimum fastholdes.

Evaluering:

Nærværende aftale kan efter beslutning i Efteruddannelsesfondens bestyrelse evalueres senest pr. 1. oktober 2010.

Revision af eksisterende aftaler:

"Aftale om fortsættelse af den decentrale gruppebaserede efteruddannelse i Efteruddannelsesfonden for almen praksis af 9. december 1999", som beskriver indhold og organisering af DGE, skal revideres i lyset af denne aftale.

Målsætning for DGE:

- Sikre den enkelte læge – uanset geografisk placering – et varieret efteruddannelses tilbud, og
- Bidrage til at gøre efteruddannelse til en naturlig og integreret del af almen praksis
- Via efteruddannelsesaktiviteter at medvirke til at understøtte det regionale kvalitetsarbejde.

Vejledernes opgaver:

- Oplyse om DGE
- Initiere gruppedannelser, godkende, fastholde og udvikle grupperne samt formidle kendskab til regler og økonomi for grupperne.
- Afholde gruppeledermøder med henblik på at stimulere og hjælpe grupperne og gruppelederne.
- Stille faglige og pædagogiske krav til grupperne og gruppelederne.
- Være med til at understøtte gruppernes egne valg af efteruddannelsesemner og –metoder.
- Inddrage de nyledsatte læger i DGE.
- Give de yngre læger på vej til almen praksis et DGE tilbud.
- Udvikle og fastholde emnegrupper som et tilbud fra vejlederne.

- Bidrage til at opfylde gruppernes behov for specialiserede tilbud (supervisionsgrupper, emnegrupper, traditionelle grupper o.a.).
- Deltage i vejledertræf og møder, regionalt og på landsplan.
- Planlægge og afvikle egen efteruddannelse som vejledere.
- Medvirke til oplæring af nye efteruddannelsesvejledere.
- Medvirke til regionale efteruddannelsesaktiviteter, der understøtter målene i det regionale kvalitetsarbejde. Disse efteruddannelsesaktiviteter kan, hvor det er relevant, udføres i samarbejde med øvrige, regionale konsulenter tilknyttet almen praksis.
- Afrapportere til det regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg og Efteruddannelsesfondens bestyrelse.

Udover ovennævnte basisfunktioner arrangere lokale temadage, varetage undervisningsopgaver, planlægge anden form for efteruddannelse for de praktiserende læger, arrangere gensidige praksisbesøg o.lign. Varetagelse af disse opgaver forudsætter indgåelse af særskilte lokalaftaler (incl. honorering) mellem samarbejdsudvalget og efteruddannelsesvejlederne.

BILAG 10: PROTOKOLLAT VEDRØRENDE TILBUD TIL LÆGER, DER ØNSKER AT ETABLERE STØRRE PRAKSIS OG/ELLER UDVIKLE DERES PRAKSIS AF 21-12-2010

Større lægepraksis er et af de væsentligste midler til at sikre rekruttering til almen praksis. Samtidig er der behov for en øget anvendelse af praksispersonale i almen praksis. Større enheder kan afføde behov for en ændret praksistilrettelæggelse. Opgaven med at overgå til flerlægepraksis i form af kompagniskabs- eller samarbejdspraksis eller ved etablering af større praksislokaler kan være et omfattende projekt, der kan virke vanskeligt at gennemføre for nogle praktiserende læger.

Med henblik på at facilitere udviklingen er der aftalt følgende:

Regionerne etablerer et tilbud om struktureret støtte og rådgivning til læger, der har ønske om at etablere større praksis. Ligeledes etableres tilbud, som kan understøtte læger, der ønsker at styrke organisering, ledelse, anvendelse af praksispersonale mv. Tilbuddet kan forankres i regi af de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg eller på anden måde efter drøftelse i samarbejdsudvalget. Der kan peges på muligheden for at ansætte en praksisudviklingskonsulent eller tilsvarende til at arbejde fokuseret med denne opgave.

Det bør indgå i tilbuddet til lægerne, at de får let adgang til hidtidige erfaringer, idékatalog, "best practise" og gode råd, evt. via en særskilt hjemmeside. Der kan endvidere peges på, at regionerne i relevant omfang kan benytte sig af sagkyndig hjælp (fx byggesagkyndig, advokat, konsulenter med ekspertise inden for organisation og ledelse mv.) eller vælge at stille sådan bistand til rådighed for de praktiserende læger.

BILAG 11: PROTOKOLLAT OM IT I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010

Lokationsnummer

Opdaterede lokationsnumre er afgørende for at sikre hurtig og korrekt leveret elektronisk kommunikation mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. En samlet oversigt over sundhedsvæsenets lokationsnumre varetages aktuelt i SOR-registeret, der drives af Sundhedsstyrelsen. RLTN og PLO er enige om at indgå en gensidig forpligtende aftale om hhv. lægernes og regionernes opdateringer af lokationsnumre i SOR-registeret, når dette register fungerer tilfredsstillende for begge parter. Opgaven kan hensigtsmæssigt varetages af parternes fælles samarbejdsudvalg for IT i almen praksis.

BILAG 12: PROTOKOLLAT OM LÆGEHÅNDBOGEN AF 21-12-2010

PLO anerkender Lægehåndbogen som en relevant adgang til evidensbaseret viden og således et relevant værktøj til brug i den kliniske praksis. På den baggrund er overenskomstens parter enige om at udbrede kendskabet til Lægehåndbogen i almen praksis.

BILAG 13: PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF SUNDHEDSKORT VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS

- 1. Alment praktiserende læger installerer aflæsningsudstyr, der kan aflæse sundhedskortets stregkode eller magnetstriben. Dette anvendes som elektronisk registrering ved henvendelse til almen lægepraksis.**
- 2. Sundhedskortet anvendes under patientens besøg hos lægen ved, at kortet føres gennem kortlæseren. Indlæsningen markeres i lægens elektronisk lagrede afregningsoplysninger med et "p" sammen med patientens stamoplysninger.**
- 3. P-markeringen skal fremgå af felt nr. 45 i henhold til snitfladebeskrivelsen. Markeringen dokumenterer patientens tilstedeværelse**

i praksis. Den enkelte region tilrettelægger selv proceduren for, hvorledes p-markeringen kontrolleres.

4. Der skal være sikkerhed for, at kun brug af sundhedskort giver en p-markering, samt at det ikke efterfølgende bevidst eller ubevidst kan lade sig gøre at ændre i regningens dato, tidspunktskoder og ydelser. Endvidere skal der være sikkerhed for, at der ikke sker ændringer i koderne inden eller under transmissionen til regionen. Det forudsættes, at den enkelte lægesystemleverandør kan garantere, at systemet kan leve op til disse krav om procedurens sikkerhed.
5. Registreringen af ydelser i lægens it-system skal ske samme dag, som ydelserne leveres, dog bortset fra sygebesøg, som registreres den første almindelige arbejdsdag herefter. Ydelserne skal registreres med det korrekte tidspunkt for behandlingen. Patienten har krav på at få udskrevet en regning, såfremt der fremsættes ønske herom.
6. Det er en forudsætning for indsendelse af regningskrav til regionen, at alle regninger (bortset fra regninger på telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer, sygebesøg og ikke sikrede turister) er p-markeret eller i felt 45 er påført følgende koder:
 - a. "n" ved systemnedbrud/defekt sundhedskort
 - b. "g" hvis sundhedskortet er glemt
 - c. "b" ved konsultation pr. brev eller konsultation ved 3. mand
 - d. "f" ved genindsendelse af returneret regning
7. Regionen kontrollerer kvartalsvis procenten af de registrerede p-markeringer i praksis.
8. Hvis andelen af p-markeringer er uforholdsmæssig lav, kan sagen indbringes for samarbejdsudvalget med henblik på, at der kan fastsættes sanktioner.

BILAG 14: PROTOKOLLAT OM OPMANDSFUNKTIONEN OG ORGANISATIONSANSVAR AF 27-04-1995

RLTN og PLO er enige om at fremme godt samarbejde om udvikling af almen praksis inden for overenskomstens område med henblik på at sikre befolkningen adgang til almen lægehjælp på et tidssvarende niveau både for så vidt angår service som faglig kvalitet.

Parterne er enige om, at uenighed om fortolkning og anvendelse af denne overenskomst bør søges afklaret gennem drøftelser i samarbejdsudvalg og Landssamarbejdsudvalg. Såfremt enighed ikke kan opnås, kan sagerne forelægges for en opmand. Opmanden undersøger mulighederne for

at mægle i sagerne. Såfremt dette findes formålsløst, træffer opmanden sin afgørelse ved kendelse, der er bindende for parterne.

Såfremt en af overenskomstparterne opfordrer til eller støtter regionerne/de praktiserende læger i en åbenbar urigtig fortolkning af overenskomsten, eller selv begår åbenbart overenskomstbrud, kan dette medføre organisationsansvar.

Bestemmelsen om organisationsansvar gælder ved frivilligt indgået overenskomst og ikke ved overenskomst fastsat eller forlænget ved lov.

Der er mellem parterne enighed om, at der ikke i de hidtidige overenskomstforløb har været situationer, hvor en af parterne har udvist en adfærd, der ville have kunnet betragtes som en overtrædelse af bestemmelsen om organisationsansvar i denne overenskomst og protokollatet hertil.

BILAG 15: PROTOKOLLAT OM KOMMUNALE PRAKSISKONSULENTER AF 21-12-2010

KL og PLO er enige om, at lokal anvendelse af praksiskonsulenter har vist sig at være en effektiv måde at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Praksiskonsulenter spiller således en vigtig rolle i forhold til at sikre succesfuld implementering af de sundhedspolitiske indsatsområder og løsning af konkrete problemstillinger.

BILAG 16: PROTOKOLLAT OM SANKTIONER FOR OVERTRÆDELSE AF VAGTINSTRUKS AF 11-05-2007

Alle læger, der har tiltrådt overenskomsten, er berettigede og forpligtede til at deltage i Lægevagten på de vilkår, der er beskrevet i overenskomsten og de vagtaftaler, der indgås mellem en region og PLO-regionalt.

Rammerne for den praktiske afvikling af Lægevagten fastlægges i regionale vagtinstrukser, der bl.a. beskriver lægernes konkrete forpligtelser i forbindelse med deltagelse i vagtordningen. Disse vagtinstrukser udarbejdes af PLO-regionalt og godkendes af samarbejdsudvalget.

Der kan i vagtinstrukser fastsættes regler om, at vagtchefen, i tilfælde af en læges udebliven fra en vagt, kan pålægge lægen en bod af en nærmere angivet størrelsesorden. Bodden kan tilfalde den læge, som må tage en ekstra vagt med kort varsel. Vagtchefen kan ved mindre overtrædelser af vagtinstruksen skriftligt tildel en advarsel eller udtale misbilligelse, eventuelt med angivelse af at gentagelse kan medføre en stærkere sanktion.

Ved væsentlige eller gentagne overtrædelser af vagtinstruksen kan PLO-regionalt efter indstilling fra vagtchefen pålægge følgende sanktioner:

1. At lægen pålægges en bod. Bodden indbetales til vagtchefen og anvendes til vagtordningens drift.
2. At lægens antal af vagter (kørende, visiterende eller konsultationsvagter) nedsættes.
3. At lægen midlertidigt i en angiven periode udelukkes fra en af vagtformerne.
4. At lægen midlertidigt i en angiven periode eller indtil videre udelukkes fra flere eller samtlige vagtformer. Hvis lægen indtil videre udelukkes fra flere eller samtlige vagtformer, kan lægen anmode om, at tilladelse til vagtkørsel tages op igen til vurdering efter 5 år.

En læge, der af vagtchefen eller af PLO-regionalt pålægges en af de nævnte sanktioner, kan inden 6 uger fra modtagelsen af den skriftlige afgørelse indbringe sagen for samarbejdsudvalget med ankeadgang til Landssamarbejdsudvalget. Sådan indbringelse af sagen har opsættende virkning for effektivering af sanktionen.

Bod fastsat i medfør af dette protokollat kan ved manglende betaling effektueres ved, at regionen modregner beløbet i lægens honorartilgodehavende.

BILAG 17: VEJLEDENDE FORRETNINGSORDEN FOR SAMARBEJDSUDVALG AF 24-01-2006

I henhold til overenskomst om almen praksis fastsættes følgende:

Samarbejdsudvalgets opgaver

I henhold til overenskomst om almen praksis nedsættes et samarbejdsudvalg i hver region. Samarbejdsudvalget varetager de opgaver, som overenskomsten til enhver tid henlægger til udvalget.

Herudover fungerer samarbejdsudvalget som et forum for dialog mellem PLO-regionalt, regionen og regionens kommuner. Der kan i samarbejdsudvalget drøftes eventuelle behov for og indhold i lokalaftaler, som supplerer den landsdækkende overenskomst. Indgåelse af lokalaftaler kan kun ske mellem PLO-Regionalt, regionen/kommune.

Sammensætning

Ifølge overenskomstens § 107 sammensættes samarbejdsudvalget af

8-12 medlemmer. Regionsrådet og kommunerne i regionen (Kommunekontaktrådet) udpeger tilsammen mindst 4 og højst 6 medlemmer, hvoraf kommunerne i regionen udpeger 1-2 medlemmer, og regionen udpeger 3-5 medlemmer. Mindst 4 og højst 6 medlemmer udpeges af praksisudvalget i regionen.

Med angivelsen af, at der kan være mellem 4 og 6 medlemmer fra hver side, er der taget hensyn til, at der kan være forskellige behov, f.eks. afhængig af regionens størrelse. Det vil sædvanligvis være sådan, at der aftales lige stor deltagelse fra hver side i samarbejdsudvalget, men det kan aftales, at eksempelvis PLO-regionalt deltager med et lavere antal medlemmer end regionen, hvis PLO-regionalt finder dette hensigtsmæssigt. Samarbejdsudvalget anses under alle omstændigheder for at være paritetisk sammensat.

Afgørelser

Afgørelser kan kun træffes i enighed. I andre tilfælde skal sagen forelægges Landssamarbejdsudvalget.

Afgørelser truffet af samarbejdsudvalget skal fremsendes skriftligt til sagens parter og kan ankes til LSU.

Afgørelser kan undtagelsesvis træffes efter skriftlig behandling i samarbejdsudvalget. I sådanne tilfælde skal alle medlemmer af samarbejdsudvalget have lejlighed til at fremkomme med deres skriftlige bemærkninger.

Underudvalg

I det omfang samarbejdsudvalget finder det relevant, kan udvalget nedsætte faste eller ad hoc underudvalg. Et underudvalg kan således være et fast underudvalg eller et ad hoc udvalg nedsat i forbindelse med en nærmere afgrænset opgave. Et underudvalg kan varetage bestemte opgaver, f.eks. have ansvar for lægevagten.

Et underudvalg virker efter uddelegering fra samarbejdsudvalget. Samarbejdsudvalget fastsætter underudvalgets opgaver og kompetencer, herunder retningslinjer for, hvordan og hvor ofte underudvalget skal melde tilbage til samarbejdsudvalget.

Sekretariatsfunktion

Sekretariatsfunktionen for samarbejdsudvalget varetages i et fællesskab mellem regionen og formanden for PLO-regionalt og dennes sekretariat.

Det er regionen, der varetager de myndighedsrelaterede sekretariatsfunktioner, eksempelvis korrespondance med borgere. Varetagelsen af øvrige sekretariatsfunktioner aftales i udvalget, herunder om sagsforberedelse og udarbejdelse af dagsordener går på skift, eller om regionen påtager dette sekretariatsarbejde i tæt dialog med formanden for PLO-regionalt og dennes sekretariat. I relevant omfang kan regionens kommuner også inddrages i mødeforberedelserne. Sekretariaterne er ansvarlige for sagernes oplysning, herunder er sekretariaterne ansvarlige for, at der sker den fornødne høring af eventuelle parter. I visse sager er det hensigtsmæssigt, at det er PLO-regionalt, der kommunikerer med de praktiserende læger.

Mødeafholdelse

Samarbejdsudvalget holder møde 4 gange om året og i øvrigt, når mindst halvdelen af medlemmerne stiller krav herom.

Sekretariatsmedarbejdere kan deltage i udvalgets møder i det omfang, udvalgets medlemmer finder det ønskeligt.

Samarbejdsudvalget beslutter, hvem der skal lede møderne, herunder om mødeledelse går på skift.

Der fremsendes dagsordenen med eventuelle bilag forud for mødets afholdelse. Samarbejdsudvalget fastsætter selv, hvor lang tid inden møderne, dagsordenen skal være fremsendt til udvalgets medlemmer.

Der udarbejdes referat af udvalgets møder, som efterfølgende fremsendes til udvalgets medlemmer.

BILAG 18: UNDERSØGELSE AF NY KONSTRUKTION MED ANSVAR FOR DE AFSATTE OVERENSKOMSTMIDLER TIL KVALITETSUDVIKLING, FORSKNING, EFTERUDDANNELSE OG FAGLIG UDVIKLING.

Parterne har i forhandlingsaftalen af 01-03-2014 lagt til grund, at der oprettes en ny Fond for almen praksis. Det har efterfølgende vist sig, at det muligvis er mere hensigtsmæssigt at undlade en egentlig fondsoprettelse. Spørgsmålet er pt. under udredning.

Såfremt det i stedet for fondskonstruktionen ender med oprettelse af et andet styrende organ med ansvar for de afsatte overenskomstmidler til kvalitetsudvikling, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling foretages den nødvendige tilpasning af overenskomstens kapitel 12 og bilag 8.

Med overenskomsten af 01-09-2014 ophører indbetalingerne til de i overenskomsten af 01-04-2009 eksisterende fonde, kapitel 12. Fondenes fortsatte virke indgår i udredningen. APU-fonden jf. § 112 (fremadrettet § 105) indgår ikke i denne udredning, da den fortsætter uændret efter 1. september 2014.

ØVRIGE AFTALER

Alle beløb i rammeaftaler er angivet i 01-04-2014-niveau. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.

RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF TILLÆGSYDELSER EFTER BESLUTNING I REGIONERNE

§ 1.

Stk. 1.

Regionerne kan beslutte at iværksætte den i § 2 nævnte tillægsydelse. Regionerne kan i forbindelse med beslutningen fastsætte nærmere vilkår for lægernes adgang til at anvende den pågældende ydelse.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget aftaler den nærmere realisering af den af regionen truffne beslutning.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget orienteres om de i henhold til stk. 1 truffne beslutninger og de i medfør af stk. 2 indgåede aftaler.

§ 2.

Følgende tillægsydelse kan udløses efter beslutning herom i regionen:

	Honorar
2601 Blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering pr. forsendelse (skal blodprøven sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse)	91,72

§ 3. AFREGNING

Afregning af den i § 2 nævnte ydelse sker sammen med lægens ydelsesafregning i øvrigt i henhold til overenskomsten om almen praksis.

§ 4. OPSIGELSE

Stk. 1.

Rammeaftalen kan af begge parter opsiges med mindst 6 måneders varsel til ophør med udgangen af en måned.

Stk. 2.

Regionen kan tilbagekalde sin beslutning om honorering af praktiserende lægers indførelse af den i § 2 nævnte ydelse i henhold til nærværende overenskomst med 6 måneders varsel.

**RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF LABORATORIEUNDER-
SØGELSER M.M. EFTER BESLUTNING I REGIONERNE**

§ 1.

Stk. 1.

Regionerne kan beslutte at iværksætte den i § 2 nævnte laboratorieundersøgelse. I forbindelse med beslutning herom skal der tages stilling til, om laboratorieundersøgelsen skal omfattes af regionens kvalitetssikringsordning.

Stk. 2.

Samarbejdsudvalget aftaler den nærmere realisering af den af regionen truffne beslutning.

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget orienteres om de i henhold til stk. 1 truffne beslutninger og de i medfør af stk. 2 indgåede aftaler.

§ 2.

Følgende laboratorieundersøgelser kan udløses efter beslutning herom i regionen:

		Antal enheder
7402	Allergiudredning i forbindelse med priktest	18
7403	HbA1c-undersøgelse	9

§ 3. AFREGNING

Afregning af den i § 2 nævnte ydelse sker sammen med lægens ydelsesafregning i øvrigt i henhold til overenskomsten om almen praksis.

§ 4. OPSIGELSE

Stk. 1.

Rammeaftalen kan af begge parter opsiges med mindst 6 måneders varsel til ophør med udgangen af en måned.

Stk. 2.

Regionen kan tilbagekalde sin beslutning om honorering af praktiserende lægers udførelse af den i § 2 nævnte laboratorieundersøgelse i henhold til nærværende aftale med 6 måneders varsel.

RAMMEAFTALE OM E-KOMMUNIKATION MELLEM KOMMUNE OG KOMMUNENS PRAKTISERENDE LÆGER

Denne rammeaftale kan bringes til at gælde i de enkelte kommuner efter behandling og enighed herom i det kommunalt lægelige udvalg. Rammeaftalen består af 3 adskilte afsnit (A, B og C), som kan vedtages enkeltvis eller samlet. Når rammeaftalen er vedtaget i det kommunalt lægelige udvalg anses den for en integreret del af overenskomst om almen praksis og forpligter således både kommunen og kommunens praktiserende læger efter sit indhold.

Kommunen foretager indberetning til det regionale samarbejdsudvalg for almen praksis om, at rammeaftalen er vedtaget. Det skal af indberetningen fremgå:

- Om alle eller kun enkelte af rammeaftalens afsnit A, B og C er vedtaget
- Pr. hvilken dato rammeaftalen gælder i kommunen
- På hvilken måde kommunens læger er blevet informeret om, at rammeaftalen er vedtaget
- Hvor lang frist lægerne har fået til at indrette deres praksistilrettelæggelse på den nye aftale om at kommunikere elektronisk med kommunen

Det enkelte kommunalt lægelige udvalg kan ikke ændre i rammeaftalens indhold.

Afsnit A – e-konsultation mellem lægen og kommunens plejepersonale, der handler på patientens vegne

Fra d. _____ (dato aftales) benyttes i _____ (kommunens navn) e-konsultation mellem læger og kommunens plejepersonale på de vilkår, der er beskrevet i § 95 i overenskomst om almen praksis med tilhørende vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser.

Svartiden tilstræbes gensidigt at være max 3 hverdage. I mere hastende tilfælde anvendes telefonisk kontakt.

Hvis der ikke kan forventes svar fra lægen eller fra kommunen inden for den anførte svartid, fx på grund af ferie og lignende fravær, er det en målsætning, at der skal udarbejdes en automatisk løsning, så fravær oplyses i forbindelse med anmodningen. Indtil en automatisk løsning foreligger, tilstræbes det at parterne informerer hinanden om fravær ud over 3 dage på følgende enkle og entydige måde: _____ (*udfyldes af det enkelte kommunalt-lægelige udvalg*)

Kommunens omsorgssystem sorterer korrespondancen på cpr.-nr. og sikrer, at meddelelserne modtages i de relevante grupper. Det skal tilstræbes, at lægen kun sender meddelelserne til ét lokationsnummer, som dækker alle henvendelser til kommunens plejepersonale (hjemmepleje, plejehjem mv.).

Rammeaftalens afsnit A er vedtaget af det kommunalt lægelige udvalg på møde den _____ (dato)

Afsnit B – anvendelse af MedComs dynamiske blanketformat til LÆ-blanketter

Fra d. _____ (dato aftales) benyttes MedComs dynamiske blanketformat ved udveksling af LÆ-blanketter mellem _____ (kommunens navn) og kommunens praktiserende læger.

Denne aftale vedrører alene anvendelsen af det elektroniske format. Indholdet i LÆ-blanketterne og alle andre vilkår følger fortsat aftalen mellem KL og Lægeforeningen.

Kommunens modtagersystem sorterer korrespondancen på cpr.-nr. og sikrer, at meddelelserne modtages i de relevante grupper.

Rammeaftalens afsnit B er vedtaget af det kommunalt lægelige udvalg på møde den _____ (dato)

Afsnit C – anvendelse af IT-understøttet arbejdsgang i forbindelse med lægevisiterede kommunale forebyggelses- og træningstilbud

I forbindelse med lægevisiterede forebyggelses- og genoptræningstilbud i _____ (kommunens navn) er følgende aftalt med virkning fra _____ (dato):

Kommunens tilbud præsenteres på en overskuelig måde på sundhed.dk eller den regionale informationsportal.

Lægen henviser patienten til det kommunale tilbud ved udfyldelse af elektronisk meddelelse efter MedCom standard.

Efter afslutning af forløbet sender kommunen en elektronisk meddelelse til patientens læge med en kort beskrivelse af forløb og resultat.

Kommunens modtagersystem sorterer elektroniske meddelelser på cpr.-nr. og sikrer, at lægens elektroniske henvisninger modtages i de relevante grupper. Det skal tilstræbes, at lægen kun sender meddelelserne til ét lokationsnummer, der dækker kommunens forebyggelses- og træningsenheder.

Rammeaftalens afsnit C er vedtaget af det kommunalt lægelige udvalg på møde den _____ (dato)

Generelt om anvendelse af lokationsnumre ved IT-kommunikation mellem kommune og almen praksis

Det er en målsætning, at der udvikles en teknisk løsning, så alle elektroniske henvendelser fra de praktiserende læger til en kommune kan sendes til ét lokationsnummer.

Indtil en sådan løsning foreligger, tilstræbes det at anvende ét lokationsnummer for hver af de ovenstående modtagergrupper omtalt i afsnit A, B og C.

Det forudsættes endvidere, at de IT-sikkerhedsmæssige forskrifter overholdes af kommune og almen praksis.

Opsigelse eller genforhandling

Denne rammeaftale kan i overenskomstperioden genforhandles af RLTN og PLO, hvis der er enighed om det, eksempelvis pga. den teknologiske udvikling på området.

Parterne i et kommunalt lægeligt udvalg, som har tiltrådt rammeaftalen, kan opsige den med 3 måneders varsel til en måneds udgang.

NETTOAFREGNING - TILLÆGSOVERENSKOMST TIL OVERENSKOMSTEN OM ALMEN PRAKSIS MELLEML PLO OG RLTN

§ 1.

Denne overenskomst, der er indgået mellem RLTN og PLO, omhandler nettoafregning for personer, der har adgang til lægehjælp ved alment praktiserende læge efter sundsloven.

§ 2.

For så vidt angår den i § 1 omhandlede persongruppe foretages nettoafregning over for patienten, således at det offentlige tilskud til undersøgelsen og behandlingen fradrages i det honorar, den alment praktiserende læge beregner sig, og afregnes direkte over for regionen.

§ 3.

Bestemmelserne i overenskomsten om almen praksis kapitel IIX. Afregning finder tilsvarende anvendelse ved nettoafregningen.

§ 4.

Tillægsoverenskomsten er trådt i kraft den 01-10-1991.

NOTE:

Overenskomsten har som forudsætning, at lægerne i venteværelset op hænger tabel over tilskuddenes størrelse. Parterne er enige om, at PLO i forbindelse med den halvårige regulering af honorarerne som hidtil udsender skemaer til opsætning i praksis' venteværelse.

Parterne er endvidere enige om, at den enkelte region efter drøftelse i samarbejdsudvalget kan tilvejebringe mere iøjnefaldende tavler til opsætning i praksis' venteværelse i forbindelse med den halvårige regulering af honorarerne. Såfremt en region fremsender en sådan, skal denne opsættes i stedet for den af PLO udarbejdede.

AFTALE OM HONORERING FOR VEJLEDNING AF IKKE-TILMELDTE PATIENTER OM ANVENDELSE AF SVANGERSKABSFOREBYGGENDE METODER

Alle beløb er angivet i 01-04-2014-niveau. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.

§ 1. AFTALENS OMRÅDE

Stk. 1.

Denne aftale omfatter honorering af alment praktiserende læger for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til patienter, der ikke er tilmeldt lægen.

Stk. 2.

Efter lovgivningen har alle med dansk indfødsret eller bopæl her i landet adgang til gratis vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder hos en alment praktiserende læge. Vejledningstilbuddet er ikke begrænset til den alment praktiserende læge, som måtte være valgt af eller for den vejledningssøgende.

Stk. 3.

Aftalen gælder kun, såfremt den enkelte region ikke har udnyttet sin ret til at opfylde sin forpligtelse til at sikre et alternativt vejledningstilbud til famililægens ved at indgå aftale med et antal alment praktiserende læger fordelt i regionen om at varetage vejledningsopgaven.

Stk. 4.

Honorering for vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til patienter, der er tilmeldt lægen efter overenskomst om almenpraksis, sker efter overenskomsten.

§ 2. YDELSER OG HONORERING

Stk. 1.

Ydelserne efter denne aftale er afgrænset i henhold til den fortolkning af lovgrundlaget, der er fastlagt i Sundhedsministeriets brev af 01-07-1997 til samtlige amter samt Københavns og Frederiksberg kommuner.

Stk. 2.

Vejledningsopgaven omfatter vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, eventuel ordination af p-piller og oplægning af spiral samt fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende

metoder, herunder kontrol i forbindelse med benyttelse af p-piller eller spiral, samt behandling af mindre bivirkninger. Ydelserne kan i relevant omfang eventuelt leveres ved en telefonkonsultation.

Stk. 3.

Ved egentlige komplikationer i forbindelse med brugen af de nævnte svangerskabsforebyggende midler bør patienten opfordres til at søge egen alment praktiserende læge. Aftalen omfatter derfor ikke honorering for undersøgelse og behandling ved egentlige komplikationer.

§ 3.

Der ydes følgende honorarer:

8291	Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, herunder eventuelt ordination af p-piller. Ydelsen omfatter samtale og vejledning samt eventuelle undersøgelser, der måtte være påkrævet i forbindelse med vejledning og eventuel ordination til den enkelte patient	kr. 258,13
8292	Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral (ekskl. udgiften til spiral). Ydelsen omfatter samtale og vejledning samt eventuelle undersøgelser, der måtte være påkrævet i forbindelse med vejledning og ordination til den enkelte patient	kr. 349,85
8293	Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder, herunder benyttelse af p-piller eller spiral, samt eventuel behandling af mindre bivirkninger	kr. 212,27
8294	Telefonkonsultation	kr. 55,69

§ 4.

Ved afregning af ydelser omfattet af denne aftale gælder følgende:

1. For læger tilsluttet overenskomst om almen praksis finder dennes § 80 anvendelse.
2. Ved ydelser udført af andre læger end nævnt under 1. afregnes således:

- a. I forbindelse med hver enkelt ydelse udfylder lægen en mellem parterne aftalt regningsblanket, der underskrives af patienten.
- b. Af regningen skal fremgå: patientens personnummer, regionsnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og dennes art.
- c. De inden den 20. i en måned fremsendte regninger betales senest den 15. i den følgende måned.
- d. Betalingen af de lægen tilkommende honorarer erlægges til lægen på hans egen giro- eller pengeinstitutkonto. Transport i lægens tilgodehavende kan ikke finde sted.

§ 5. OPSIGELSE

Aftalen kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

§ 6.

Denne aftale, der er indgået d. 19-10-1998, er i 2014 konsekvensrettet.

PROFYLAKSEAFTALEN

AFTALE VEDRØRENDE PROFYLAKTISKE HELBREDSUNDERSØGELSER AF GRAVIDE OG BØRN SAMT VACCINATIONER

Alle beløb i Profylakseaftalen er angivet i 01-04-2014-niveau. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.

Aftalen er udformet på grundlag af lovgivningen og Sundhedsstyrelsens retningslinjer og fastlægger honorering m.v. af alment praktiserende læger dels for udførelse af de vederlagsfrie forebyggende helbredsundersøgelser af gravide, dels udførelse af forebyggende helbredsundersøgelser af børn og unge og vaccinationer af børn og af visse særlige persongrupper.

KAPITEL I. SVANGREOMSORG

§ 1.

Honorarstrukturen er udformet med henblik på tilvejebringelse af et grundlag for udførelse af de forebyggende helbredsundersøgelser i overensstemmelse med de målsætninger, der er kommet til udtryk i Sundhedsstyrelsens retningslinjer, herunder blandt andet, at sundhedsvæsenets indsats medicinsk, psykisk og socialt skal tilpasses brugernes individuelle behov og erfaringsgrundlag, og at der skal vises særlig opmærksomhed over for kvinder/familier, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller barn og overfor kvinder, hos hvem graviditeten eller fødslen kan forventes at blive kompliceret. Der henvises nærmere til Sundhedsstyrelsens retningslinjer om graviditet, fødsel og barselperiode. Endvidere tager honorarstrukturen højde for, at alle gravide skal have tilbud om at få information om fosterdiagnostik, og at der skal gives basal information om fosterdiagnostik til de kvinder, som ønsker det. Der henvises nærmere til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fosterdiagnostik.

§ 2.

Ved fastsættelse af ydelser og honorarer er det forudsat, at ydelserne udføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinjer som nævnt oven for.

§ 3. HELBREDSUNDERSØGELSER AF GRAVIDE

De profylaktiske helbredsundersøgelser og honorarerne herfor omfatter alle de undersøgelser, herunder blodprøver og urinundersøgelser, der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer skal tilbydes alle gravide.

8110 1. lægeundersøgelse (ca. 6-10 uger) kr. 439,82

Ydelsen inkluderer indsendelse af blodprøve til et forsendelsessted (blodtype, antistoffer, hepatitis B, HIV og syfilis). Ved flere forsendelsessteder honoreres med tillægsydelsen 8151 pr. yderligere forsendelsessted.

Ydelsen inkluderer endvidere urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix) samt undersøgelse af urin for asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier tilbydes alle gravide. Ydelsen inkluderer lægens afklaring af, om den gravide ønsker information om fosterdiagnostik og levering af basal information til de kvinder, som ønsker det.

Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med tillægsydelse 8159.

8120 2. lægeundersøgelse (ca. 25 uger) kr. 158,55

Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for glucosuri (stix) og asymptomatisk bakteriuri (stix eller mikroskopi), der i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier skal tilbydes alle gravide. Blodprøver, herunder blodprøver hos kvinder med RhD negativ blodtype afregnes med tillægsydelse 8151 pr. forsendelsessted. Supplerende urindyrkning ved positivt resultat af undersøgelse for asymptomatisk bakteriuri honoreres med tillægsydelse 8159.

8130 3. lægeundersøgelse (ca. 35 uger) kr. 158,55

Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix).

8140 4. lægeundersøgelse (ca. 8 uger efter fødslen) kr. 191,30

NOTE TIL § 3:

Den praktiserende læge kan tilbyde gravide, at de profylaktiske helbredsundersøgelser udføres som gruppekonsultation. Honorering i forbindelse med gruppekonsultation sker med de i §§ 3-5 anførte honorarer, der afregnes særskilt for hver enkelt gravid. Gravide, som ønsker individuelle undersøgelsesforløb, skal tilbydes dette.

§ 4. TILLÆGSYDELSER UDOVER DE I § 3 INKLUDEREDE

Honorar for tillægssydelser ydes kun i det omfang, disse ydelser ikke er inkluderet i honoraret for 1.- 4. lægeundersøgelse, jf. § 3.

- 8151 Blodprøvetagning fra blodåre til særlige prøver – herunder til brug for fosterdiagnostik - til undersøgelse på Statens Serum Institut eller centrallaboratorium. kr. 45,86

Såfremt de i Sundhedsstyrelsens retningslinjer anbefalede serodiagnostiske undersøgelser skal udføres ved indsendelse af blodprøver til såvel Statens Serum Institut som centrallaboratorium/sygehuslaboratorium, er lægen i forbindelse med 1. lægeundersøgelse berettiget til ét honorar for tillægssydelse 8151, og ved 2., 3. eller 4. lægeundersøgelse til honorar for tillægssydelse 8151 for hver indsendelse. Såfremt der ved 1. lægeundersøgelse viser sig behov for serodiagnostiske undersøgelser udover tilbuddet til alle gravide, men dette ikke medfører behov for indsendelse af prøver til flere steder, ydes der ikke honorar for tillægssydelse 8151.

- 8152 Forsendelse af biologisk materiale, ekskl. blodprøver kr.32,76

§ 5. LABORATORIEUNDERSØGELSER UDOVER DE I § 3 INKLUDEREDE

Laboratorieundersøgelser og udtagning af prøver honoreres, når de bedømmes af lægen selv. Honoraret er pr. udført enhed kr. 12,51.

Honorar for laboratorieundersøgelser ydes kun i det omfang, disse ydelser ikke er inkluderet i honoraret for 1.- 4. lægeundersøgelse, jf. § 3.

Nr.		Antal enheder
8153	B-glukose (fotometer)	4
8164	B-hæmoglobin (fotometer)	4
8155	Urinundersøgelse ved stix	1

Mikroskopi af biologisk materiale:

8165	Fasekontrastmikroskopi af urin	4
8168	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, ekskl. urin	5

Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium:

8159.	Bakterier	3
-------	-----------	---

§ 6. DELTAGELSE I UDVALG

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer anbefales der nedsættelse af lokale tværfaglige teams og regionale fødeplanudvalg. I det omfang praktiserende læger efter anmodning fra regionerne eller kommunerne deltager i arbejdet i sådanne teams eller udvalg, ydes følgende honorar:

a)

Deltagelse i møder i lokale tværfaglige teams eller regionale fødeplanudvalg honoreres med 126,65 kr. pr. påbegyndt 10 min. (moduler).

8170	1 modul	kr. 126,65
8171	2 moduler	kr. 253,31
8172	3 moduler	kr. 379,97
8173	Pr. påbegyndt modul udover 3	kr. 126,65

b)

I forbindelse med møder, der ikke finder sted i lægens konsultation, honoreres lægens tidsforbrug til mødestedet med følgende satser:

8182	Indtil 4 km	kr. 77,92
8183	Fra 4 indtil 8 km	kr. 113,48
8184	Fra 8 indtil 12 km	kr. 146,93
8185	Fra 12 indtil 16 km	kr. 180,58
8186	Fra 16 indtil 20 km	kr. 214,50
8187	Udover 20 km	kr. 235,48
8188	+ kr. 8,40 pr. påbegyndt km udover 21 km	

c)

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel er den samme godtgørelse pr. påbegyndt km, som til enhver tid af staten er fastsat for benyttelse af eget befordringsmiddel på tjenesterejser. Til denne godtgørelse ydes et tillæg på 15 %, forhøjet til nærmeste hele ørebeløb.

KAPITEL II. BØRNEUNDERSØGELSER, BØRNEVACCINATIONER OG ANDRE VACCINATIONER

§ 7. BØRNEUNDERSØGELSER

8211	1. børneundersøgelse, når barnet er 5 uger	kr. 191,45
8212	2. børneundersøgelse, når barnet er 5 måneder	kr. 191,45
8213	3. børneundersøgelse, når barnet er 12 måneder	kr. 191,45
8214	4. børneundersøgelse, når barnet er 2 år	kr. 191,45
8215	5. børneundersøgelse, når barnet er 3 år	kr. 191,45
8216	6. børneundersøgelse, når barnet er 4 år	kr. 191,45
8217	7. børneundersøgelse, når barnet er 5 år	kr. 191,45

§ 8. BØRNEVACCINATIONER

Stk. 1.

Vaccination mod difteri, tetanus, kighoste, polio og hæmophilus influenzae type b (Hib)

8341	1. Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, når barnet er 3 måneder	kr. 43,31
8342	2. Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, når barnet er 5 måneder	kr. 43,31
8343	3. Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination, når barnet er 12 måneder	kr. 43,31
8325	Di-Te-Ki-Pol-revaccination, når barnet er ca. 5 år	kr. 43,31

Stk. 1 a.

Midlertidig ændring af vaccinationsprogrammet for børn der vaccineres i perioden 15/1 2014 – 31/12 2015

8350	Di-Te-Ki-Hib-HBV (Infanrix hexa®) vaccination, når barnet er 3 måneder	kr. 43,31
8351	Di-Te-Ki-Hib-HBV (Infanrix hexa®) vaccination, når barnet er 5 måneder	kr. 43,31
8352	Di-Te-Ki-Hib-HBV (Infanrix hexa ®) vaccination, når barnet er 12 måneder	kr. 43,31
8353	2. vaccination med Engerix-B pæd® til børn, der har modtaget mindst én Infanrix hexa® vaccine, men ikke alle 3	kr. 43,31
8354	3. vaccination med Engerix-B pæd® til børn, der har modtaget mindst én Infanrix hexa® vaccine, men ikke alle 3	kr. 43,31

8355	Revaccination med poliovaccine når barnet er ca. 5 år	kr. 43,31
8356	Revaccination med Di-Te-Ki-vaccine når barnet er ca. 5 år	kr. 43,31

Stk. 2.

Kombineret vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR)

8601	1. MFR-vaccination (uanset alder, men normalt når barnet er 15 måneder)	kr. 43,31
8612	2. MFR-vaccination (uanset alder, men normalt når barnet er 4 år og i en overgangsperiode frem til 2016, når barnet er 12 år)	kr. 43,31
8618	Honorar for telefonisk henvendelse til forældrene	kr. 26,21

Se i øvrigt note III og note IV til § 8.

Stk. 3.

Vaccination mod pneumokoksygdom

8344.	Pneumokokvaccination, når barnet er 3 måneder	kr. 43,31
8345.	Pneumokokvaccination, når barnet er 5 måneder	kr. 43,31
8346.	Pneumokokvaccination, når barnet er 12 måneder....	kr. 43,31

Stk. 4.

Vaccination mod HPV af piger fra det fyldte 12. år indtil det fyldte 18. år

8328	1. HPV-vaccination (normalt, når barnet er 12 år)	kr. 133,84
8329	2. HPV-vaccination (minimum 1 måned efter 1. vaccination)	kr. 133,84
8330	3. HPV-vaccination (minimum 3 måneder efter 2. vaccination)	kr. 133,84

Stk. 4 a

Vaccination mod HPV af kvinder i årgangene 1993-1997 (tilbuddet gælder til udgangen af 2015)

8334	1. HPV-vaccination	kr. 133,84
8335	2. HPV-vaccination (minimum 1 måned efter 1. vaccination)	kr. 133,84
8336	3. HPV-vaccination (minimum 3 måneder efter 2. vaccination)	Kr. 133,84

Stk. 5.

Vaccination mod røde hunde

8801	Vaccination af kvinder mod røde hunde	kr. 43,31
8901	Tillæg til vaccinationshonorar, når der ikke samtidig er konsultation i øvrigt	kr. 90,53

Stk. 6.

Tillæg til vaccinationshonorarerne i stk. 1-5

8708	Tillæg til vaccinationshonorar når der ikke samtidig udføres en børneundersøgelse eller konsultation	kr. 90,53
------	--	-----------

NOTE TIL § 7 (kommunikation om børneundersøgelser mv.):

Barnets Bog er i Sundhedsstyrelsens retningslinjer anbefalet som et middel til at lette kommunikationen mellem bl.a. praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste og som et praktisk værktøj til opsamling og udveksling af information mellem familien og social- og sundhedsvæsenet. Det er i retningslinjerne anført, at familiens læge, sundhedsplejersken og den kommunalt ansatte læge i bogen skriver om barnets vækst, udvikling, vaccinationer og eventuelle sygdomsproblemer i stikordsform. Bogen er ikke at betragte som en journal. Det er endvidere anført, at bogen bør være udformet på en så hensigtsmæssig måde, at den praktiserende læge ved den sidste af de forebyggende helbredsundersøgelser i førskolealderen kan udarbejde et statusnotat, så den kommunale sundhedstjeneste efter 5-års alderen kan inddrage den sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats over for barnet i dets videre arbejde i skoleforløbet. Ved hjælp af oplysninger fra den praktiserende læge forbedres mulighederne for at sikre en sammenhængende indsats, der kan være medvirkende til at eventuelle støtteforanstaltninger over for det enkelte barn iværksættes i tide.

For så vidt angår det omtalte statusnotat er det aftalt mellem KL og PLO, at lægen ved 5-års undersøgelsen ved behov udarbejder et kortfattet statusnotat til den kommunale sundhedstjeneste om eventuelle sundhedsmæssige problemer.

Samarbejde mellem praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste vedrørende et bestemt barn/ung tilmeldt lægen kan ske i henhold til bestemmelserne om socialmedicinsk samarbejde i overenskomst om almen praksis.

Såfremt lægen bliver opmærksom på, at forældrene ikke tager imod tilbuddet om forebyggende helbredsundersøgelser, kan lægen tage kontakt til forældrene og opfordre dem til at tage imod tilbuddet. Parterne vurderer, om der er grundlag for at udarbejde retningslinjer for opsøgende virksomhed med henblik på at sikre tilslutningen til børneundersøgelserne, og vurderer samtidig eventuelle heraf afledte ændringer i lægernes forpligtelser og eventuelle honorarmæssige konsekvenser.

*NOTE I TIL § 8 stk. 5 og 6 (løbende justering af ydelse 8708 og 8901):
Honoraret for ydelse 8708 og 8901 justeres løbende, så de til enhver tid sammen med vaccinationshonoraret svarer til honoraret for en konsultation (0101).*

*NOTE II TIL § 8 (vedr. HPV-vaccination)
Ydelserne 8328, 8329, 8330, 8334, 8335 og 8336 justeres løbende, så de til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101). Når der samtidig med en HPV- vaccination udføres en 2. MFR-vaccination, afregnes der endvidere med ydelse 8612. Der kan i disse situationer ikke afregnes med ydelse 8708 (tillæg til vaccinationshonorar).
Såfremt der i forbindelse med HPV-vaccination udføres en konsultation efter overenskomst om almen praksis, honoreres denne særskilt.*

NOTE III TIL § 8 (retningslinjer for en styrket indsats for forbedring af tilslutningen til MFR-vaccinationerne):

Med henblik på at forbedre tilslutningen til MFR-vaccinationerne for såvel 15 måneders- som 4 års (12 års indtil 2016) børnene, således at denne nærmer sig 95%, har parterne i samarbejde med en række myndigheder og organisationer aftalt en strategi for at nå dette mål. En del af strategien nødvendiggør en aftale mellem parterne med henblik på at sikre en koordineret og forstærket indsats, jf. nedenstående.

Opfølgning i forbindelse med MFR-vaccinationer af 15 måneders- og 4- (12) års børnene.

1. Oversigt fra regionerne til de praktiserende læger.

Regionerne fremsender én gang årligt pr. 01-01 en elektronisk oversigt til de alment praktiserende læger indeholdende oplysninger over de tilmeldte børn, der i løbet af året fylder 15 måneder.

Tilsvarende fremsender regionerne én gang årligt pr. 01-01 til de praktiserende læger oversigter indeholdende oplysninger over de tilmeldte børn, der i løbet af året fylder 12 år.

Oversigten skal indeholde oplysninger om børnenes cpr-nr., navn, adresse og moderens eller faderens cpr-nr. De tilmeldte børn på listerne er opført i alfabetisk rækkefølge efter efternavn.

Statens Serum Institut udsender påmindelser til forældre i børnevaccinationsprogrammet når børnene er 2, 6½ og 14 år, hvis børnene på dette tidspunkt mangler mindst én af de vaccinationer, der anbefales i børnevaccinationsprogrammet.

Lægerne kan i forbindelse med opfølgning på manglende vaccinationer telefonisk kontakte forældrene til de 15 måneder eller 4 (12) år gamle børn, der endnu ikke er blevet vaccineret.

2. Kommunallægerne.

Kommunallægerne har også adgang til at vaccinere børn, der i forbindelse med udskolingsundersøgelsen endnu ikke er vaccineret trods henvisning til egen læge. Kommunallægerne har adgang til at rekvirere vacciner samt indsende regning på vaccination, jf. nærværende aftale vedrørende profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn samt vaccinationer.

NOTE IV TIL § 8 (vedr. 4-års MFR-vaccination):

Der er ikke aftalt særlige initiativer med henblik på at understøtte tilslutningen til 4 års MFR-vaccinationen, da PLO finder, at der ikke er behov herfor som følge af, at vaccination af denne aldersgruppe falder sammen med en børneundersøgelse.

§ 9. ANDRE VACCINATIONER

Stk. 1.

Vaccination mod hepatitis A af persongrupper efter embedslægens anbefaling

8310 Hepatitis A vaccination af persongrupper efter embedslægens anbefaling kr. 133,84

Stk. 2.

Vaccination mod hepatitis B af visse særlige persongrupper

8318	Hepatitis B vaccination af ikke smittede injektionsnarkomaner	kr. 133,84
8319	Hepatitis B vaccination af personer, der bor sammen med en person med kronisk hepatitis B infektion samt fast seksualpartner til en person med kronisk hepatitis B infektion	kr. 133,84
8320	Hepatitis B vaccination af børn i daginstitutioner, hvor der går et barn under skolealderen med kendt kronisk hepatitis B infektion, på foranledning af embedslægen.	kr. 133,84
8326	Hepatitis B vaccination af personer, der har fået diagnosticeret hepatitis C infektion	kr. 133,84
8327	Hepatitis B vaccination af børn under 15 år, som færdes i boligområder med mange injektionsnarkomaner, hvis Sundhedsstyrelsen konkret anbefaler at de vaccineres	kr. 133,84

Stk. 3.

Vaccination mod hepatitis B af børn født af mor med kronisk hepatitis B

8314	1. hepatitis B vaccination, når barnet er 1 måned	kr. 133,84
8315	2. hepatitis B vaccination, når barnet er 2 måneder	kr. 133,84
8316	3. hepatitis B vaccination, når barnet er 12 måneder	kr. 133,84

NOTE TIL § 9, STK. 2:

Vaccinen gives i form af en kombineret vaccine, der tillige beskytter mod smitte mod hepatitis A, medmindre anvendelse af kombinationsvaccine ud fra en lægefaglig vurdering anses for uegnet.

NOTE TIL § 9:

En konsultation eller børneundersøgelse, der udføres i forbindelse med en vaccination efter § 9 honoreres særskilt.

Ydelserne 8310, 8314, 8315, 8316, 8318, 8319, 8320, 8326 og 8327, justeres løbende, så de til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101).

§ 10. VACCINATIONER MED KLAUSULERET TILSKUD

8940 Vaccination med klausuleret tilskud Kr. 133,84

NOTE TIL § 10:

Sundhedsstyrelsen offentliggør løbende, hvilke vaccinationer og persongrupper, der er omfattet af ordningen. Lægen skriver "tilskud" på recepten og tilkendegiver dermed at personen er omfattet af klausulen.

Vaccinationshonoraret efter § 10 justeres løbende, så det til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101)

§ 11. ANVENDELSE AF TILLÆGSHONORAR VED VACCINATIONER

Der kan kun udløses ét tillægshonorar i forbindelse med vaccinationer, der ikke udføres samtidig med børneundersøgelse eller konsultationer i øvrigt, selv om der gives flere vaccinationer ved samme lejlighed.

KAPITEL III. FORSKELLIGE BESTEMMELSER

§ 12. REGULERING AF HONORARERNE

Honorarerne, bortset fra kørselsgodtgørelse efter § 6, litra c, reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent for regulering i overenskomst om almen praksis § 62, stk. 5.

§ 13. REKVISITION AF VACCINER

De i §§ 8 og 9 omtalte vacciner kan vederlagsfrit rekvireres fra Statens Seruminstitut.

§ 14. TILLÆG VED TOLKEDE KONSULTATIONER

8410 Tillæg ved anvendelse af kvalificeret tolk i forbindelse med ydelser omfattet af denne aftale kr. 126,65

§ 15. AFREGNING

Ved afregning af ydelser omfattet af denne aftale gælder følgende:

1. For læger tilsluttet overenskomst om almen praksis finder dennes § 80 anvendelse.
2. Ved ydelser udført af andre læger end nævnt under 1. afregnes således:

- a. I forbindelse med hver enkelt ydelse udfylder lægen en mellem parterne aftalt regningsblanket, der underskrives af patienten.
- b. Af regningen skal fremgå: patientens personnummer, regionsnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og dennes art.
- c. De inden den 20. i en måned fremsendte regninger betales senest den 15. i den følgende måned.
- d. Betalingen af de lægen tilkommende honorarbeløb erlægges til lægen på dennes egen giro- eller pengeinstitutkonto. Transport i lægens tilgodehavender kan ikke finde sted.

§ 16. BEHANDLING AF KLAGER SAMT SPØRGSMÅL OM FORTOLKNING

Bestemmelserne i overenskomst om almen praksis vedrørende samarbejdsudvalgenes og Landssamarbejdsudvalgets beføjelser finder tilsvarende anvendelse for denne aftale for så vidt angår behandling af klager over lægebetjeningen samt spørgsmål om fortolkning af aftalen.

NOTE I TIL § 16:

Samarbejdsudvalgenes og Landssamarbejdsudvalgets beføjelser inden for denne aftales område omfatter såvel ydelser til gruppe 1-sikrede som til gruppe 2-sikrede.

NOTE II TIL § 16:

I tilfælde af bortfald af overenskomst om almen praksis er parterne enige om at etablere særskilte udvalg med tilsvarende sammensætning og beføjelser til varetagelse af de i § 16 nævnte opgaver inden for denne aftales område.

§ 17. OPSIGELSE MV.

Stk. 1.

Aftalen kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

Stk. 2.

I tilfælde af, at der fra de centrale sundhedsmyndigheder udstedes ændrede regler eller retningslinjer for den profylaktiske indsats over for gravide og børn eller vaccinationer, videreføres denne aftale, så længe der pågår forhandlinger mellem parterne, dog maksimalt i en periode på 3 måneder efter ændringernes ikrafttræden, medmindre andet aftales mellem parterne. Såfremt der ikke inden udløbet af denne frist er indgået aftale mellem parterne, kan aftalen af begge parter opsiges med 1 måneds varsel for den dels vedkommende, som det ændrede regelgrundlag eller

retningslinjer vedrører, dvs. enten profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide, profylaktiske helbredsundersøgelser af børn eller vaccinationer.

§ 18.

Denne aftale, der er indgået af RLTN og PLO d. 03-06-1991, er efterfølgende løbende ændret, senest i forbindelse med indgåelsen af overenskomst om almen praksis pr. 01-09-2014.

TUTORLÆGEAFTALEN - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER – AF 1. SEPTEMBER 2014

Alle beløb er angivet i 01-04-2014-niveau. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.

§ 1. Aftale om tutorlæger

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

§ 2. Tilladelse til at virke som tutorlæger

Stk. 1.

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

Stk. 2.

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

Stk. 3.

Der indgås en individuel aftale mellem Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, tutorlægen og den region, hvori tutorlægens praksis er beliggende. PLO og RLTN udarbejder en standard herfor baseret på nærværende aftale. Den individuelle aftale løber indtil den opsiges af enten Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse eller tutorlæge. Der er et gensidigt opsigelsesvarsel på ét

år. Opsigelse kan dog i helt ekstraordinære tilfælde ske med et kortere varsel.

Stk. 4.

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse tildeler tutorlægen en uddannelsessøgende læge med et halvt års varsel. Varslet kan være kortere, såfremt tutorlægen accepterer det. Rådet skal i forbindelse med tildelingen sikre så stor en spredning af de uddannelsessøgende læger som muligt i forhold til godkendte tutorlægepraksis.

Stk. 5.

Der kan ikke i samme solopraksis samtidig være mere end én uddannelseslæge i 6-måneders forløb. I solopraksis, der er etableret som delepraksis, skal begge læger være godkendt som tutorlæge. Antallet af samtidige uddannelsessøgende læger i praksis kan ikke overstige antallet af klassificerede læger i praksis, der opfylder betingelserne som tutorlæger.

§ 3 Finansiering

Stk. 1.

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

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

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

Stk. 2.

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

Stk. 3.

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

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

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

Stk. 4.

Tutorlæger, der har KBU-læger, får udbetalt kr. 6.171,90 pr. måned til dækning af meromkostningerne til faciliteter mv. samt supervision. Beløbet reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent i henhold til § 62 i overenskomst om almen praksis.

Stk. 5.

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

Stk. 6.

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

Stk. 7.

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

Stk. 8.

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

§ 4 Krav til tutorlægen

Stk. 1.

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

http://www.dsam.dk/flx/uddannelse/videreuddannelse_i_almen_medicin/krav_til_tutorpraksis/

Stk. 2.

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

Stk. 3.

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

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

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

Stk. 4.

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

Stk. 5.

Ansættelsesvilkår for fase 2 og fase 3 læger fastlægges efter aftale mellem PLO og Yngre Læger.

Stk. 6.

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

Stk. 7.

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

§ 5. Ikrafttræden

Aftalen træder i kraft 1. september 2014 og kan af hver af parterne opsiges med seks måneders varsel til et kvartals udløb, dog tidligst 1. oktober 2016.

AFTALE VEDR. OMKOSTNINGSDÆKNING AF JOURNALER VED PRAKSISLUKNING AF 29-11 2007

Alle beløb er angivet i 01-04-2014-niveau. Beløbene reguleres som anført i § 62 i overenskomst om almen praksis.

AFTALE MELLEML RLTN OG PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION VEDR. DÆKNING AF OMKOSTNINGER VED OVERFØRELSE AF PATIENTJOURNALER TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VED EMBEDSLÆGEINSTITUTIONEN I FORBINDELSE MED PRAKSISLUKNING

Baggrund:

I henhold til Sundhedsstyrelsens BEK nr. 3 af 2/1/2013 skal patientjournaler, der fortsat befinder sig i praksis på lukningstidspunktet, overdrages til embedslægeinstitutionen til fortsat opbevaring. Det gælder både papirjournaler og elektroniske patientjournaler.

Dokumenterede udgifter:

De praktiserende læger, som omfattes af ovenstående, får refunderet deres dokumenterede udgifter i forbindelse med overførelse af papirjournaler og elektroniske journaler til embedslægeinstitutionen. For papirjournalers vedkommende drejer det sig om udgifter til pakning, flyttefirma mv. For elektroniske journalers vedkommende drejer det sig om udgifter til IT-firma i forbindelse med konvertering og brænding på CD-rom, forsendelse mv.

Tidsforbruget i praksis:

For tidsforbruget i praksis i forbindelse med overdragelsen af journaler til embedslægeinstitutionen betales et engangsbeløb på kr. 6.912,36 pr. læge.

Tidsforbruget i praksis medgår bl.a. til:

- aftaler og koordinering med embedslægen om den praktiske gennemførelse
- tilrettelæggelse af processen i forhold til IT-firmaet
- overvågning af at pakkearbejdet vedrørende papirjournaler udføres forsvarligt, herunder i respekt for at der er tale om fortrolige helbredsoplysninger
- tilstedeværelse i praksis efter praksislukning med henblik på at sikre at overgivelsen af journaler gennemføres hurtigt og smidigt

Betaling:

Beløb i henhold til denne aftale betales af den region, hvor lægen har drevet sin praksis indtil lukningstidspunktet.

Ikrafttræden:

Denne aftale finder anvendelse på praksis, der lukker 1. januar 2007 eller senere.

STIKORDSREGISTER

- Abortstøttesamtale, grundydelse § 50
Adgangs- og indretningsforhold § 47
Administrationsudvalget, indbetaling til § 86
Afkald på ledig lægekapacitet § 15, stk. 5
Akkreditering § 92
Allergiudredning i forbindelse med priktest *Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelse efter beslutning i regionerne*
Almen praksis i selskabsform § 17
Almen praksis ved universiteterne (APU) § 103
Almen praksis' roller og opgaver *bilag 1: protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010*
Alment lægeselskab § 16, stk. 3 og § 17, stk. 2
Alment lægeselskab, anparter/aktier § 16, stk. 4
Andre betydelige operationer (eksempelvis vabrasio eller tilsvarende indgreb), tillægsydelse § 51
Anlæggelse af immobiliserende bandager, tillægsydelse § 51
Anoskopi, tillægsydelse § 51
Anparter/aktier i alment lægeselskab § 16, stk. 4
Ansæt læge, tilladelse til ekstra ansat læge § 21
Ansatte vikarer, autorisationskrav for alment praktiserende læger § 11, stk. 3
Ansættelse af speciallæge i almen praksis § 12, stk. 8
Anvendelse af overenskomstens ydelser, vejledning § 68
Anvendelse af vikarer § 11
APU-Fonden og -klinikker § 103
Attesttakst § 58
Autorisation, frataget § 12, stk. 10
Autorisationskrav for alment praktiserende læger § 11
Autorisationskrav, vikarer, § 11, stk. 3
Bagatelgrænse – økonomiprotokollat – *Bilag 4, Økonomiprotokollat af 01-09-2014*
Basishonorar § 48
Basishonorar §§ 48, 69 og 78
Befordringsmiddel, valg mellem eget og andre § 76
Behandling af 2. og følgende patient i samme hjem, grundydelse § 50
Behandling af flere patienter i samme hjem, afgrænsning § 66
Behandling af personer, der ikke er tilmeldt en læge, tillæg § 55
Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger, tillægsydelse § 51
Biologisk materiale ekskl. blodprøver, forsendelse, tillægsydelse § 51
Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog, inkl. forsendelse, tillægsydelse § 51
Blanketter, herunder elektroniske blanketter § 84

- Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse, tillægsydelse § 51
- Blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering pr. forsendelse *Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne*
- Blodtryksmåling, udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling, tillægsydelse § 51
- Blærekaterisation, tillægsydelse § 51
- Brud på skinneben, lår, over- eller underarm, første behandling, tillægsydelse § 51
- Børneundersøgelser *Profylakseaftalen § 7 og note til § 7*
- Børnevaccinationer *Profylakseaftalen § 8 og note I, II og III til § 8*
- Dagtiden, lægebetjening § 44
- DAMD-database § 93
- Danpep § 93
- Datafangst § 90
- Dagtiden, grundydelse § 50
- DDKM § 92
- De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg, medlemmer § 104
- De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg, midler § 106
- De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg, opgaver § 105
- Delepraksis – læge udtræder § 22, stk. 4
- Delepraksis § 22
- Delepraksis der drives som kompagniskabspraksis § 22, stk. 4
- Delepraksisophør § 15, stk. 2
- Delepraksistilladelse før 01-09-2014 § 22, stk. 5
- Den danske kvalitetsmodel § 92
- Den decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE) *bilag 9: protokol­lat om organisering af den decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE) af 16-06-2008*
- Den Digitale Dokumentboks § 89, stk. 8
- Det Fælles Medicin Kort (FMK) § 91
- DGE *bilag 9: protokollat om organisering af den decentrale gruppebase­rede efteruddannelse (DGE) af 16-06-2008*
- Diagnosekodning § 90
- Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt aner­kendte psykometriske tests, tillægsydelse § 51
- Diagnostiske undersøgelser på statens seruminstitut § 28
- Di-Te-KI-Pol-vaccination og –revaccination *Profylakseaftalen § 8*
- Diverse undersøgelser, laboratorieundersøgelser, § 60
- Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium, § 60
- Dødsattest, ligsyn med udstedelse af, tillægsydelse § 51
- Dødsfald, basishonorar til afdød læges bo § 77
- Dødsfald, læge § 12, stk. 9, § 13
- Efteruddannelse § 99 og 105, *bilag 8: protokollat efteruddannelse og bi­lag 9: protokollat om organisering af den decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE) af 16-06-2008*

Efteruddannelse, indbetaling til § 99
E-kommunikation mellem kommune og praktiserende læge *rammeaftale om e-kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger*
E-konsultation § 45, stk. 3 og § 95
E-konsultation, grundydelse § 50
Elektronisk kommunikation § 89 og 95
Elektronisk kommunikation, aftale om facilitering af overgang § 95, stk. 5
Elektronisk receptfornyelse § 45, stk. 3
Elektronisk tidsbestilling § 45, stk. 3
E-mail konsultation § 95
Enkeltmandspraksis, praksisformer § 16, stk. 1, stk. 1 a
Fagligt Råd
Fastsættelse af højstegrænser § 87
Fjernelse af fremmedlegeme underhud eller negl, tillægsydelse § 51
Fjernelse af fremmedlegeme(r) fra øje, øregang, næste og svælg, tillægsydelse § 51
Fjernelse af implanon, tillægsydelse § 51
Fjernelse af negl, tillægsydelse § 51
Fjernelse af subkutane eller dybereliggende svulster, inkl. evt. forsendelse til patologisk undersøgelse (ekskl. vorte), tillægsydelse § 51
Flere patienter i samme hjem, behandling af, afgrænsning § 66
Flytning af praksis § 5
FMK § 91
Fodterapeut § 36
Fonden for Almen Praksis, bestyrelse § 97
Fonden for Almen Praksis, Fagligt Råd § 101
Fonden for Almen Praksis, indbetalinger § 99
Fonden for Almen Praksis, sekretariatskoordinationsgruppen § 100
Forbindsstoffer § 36
Forebyggelsesindsats, aftalt specifik, grundydelse § 50
Forebyggende og/eller sundhedspædagogiske ydelser *tillægsoverenskomst til overenskomst om almen praksis vedrørende forebyggende og/eller sundhedspædagogiske ydelser samt forsøgsaftaler efter beslutning i regionerne – opsagt af PLO til udløb 31-05-2011*
Forløbsprogrammer om roller og opgaver i almen praksis *bilag 1: protokol om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010*
Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver, tillægsydelse § 51
Fortsat kontrol af svangerskabsforebyggende teknik, tillægsydelse § 51
Frasigelse af patient § 9
Frasigelse/frataget autorisation § 12, stk. 10
Fravær fra praksis § 46
Fysioterapi § 29
Fødeplanudvalg, regionale *Profylakseaftalen* § 6
Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm, tillægsydelse § 51

- Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led, tillægsydelse § 51
- Første behandling af større sår, tillægsydelse § 51
- Generationsskifte § 19
- Gravide, helbredsundersøgelser *Profylakseaftalen* § 3
- Grunddydelser i dagtiden § 50
- Grunddydelser i vagttiden § 56
- Gruppe 1-sikrede, fortegnelse fra region § 78, stk. 3 og 4
- Gruppe 2-sikrede, nettoafregning over for patient *nettoafregning – til-lægsoverenskomst til overenskomst om almen praksis mellem prakti-serende lægers organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg*
- HbA1c-undersøgelse Blodprøvetagning *Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne*
- Helbredsundersøgelser af gravide *Profylakseaftalen* § 3
- Henvi-sning til behandling ved fodterapeut § 31
- Henvi-sning til behandling ved fysioterapeut § 29
- Henvi-sning til behandling ved psykolog § 30
- Henvi-sning til laboratorieundersøgelser og patologiske undersøgelser § 27, stk. 5
- Henvi-sningshotel *note til § 89, stk. 3*
- Hepatitis A vaccination *Profylakseaftalen* § 9 og *note til § 9 stk. 1 og § 9*
- Hepatitis B vaccination *Profylakseaftalen* § 9 og *note til § 9, stk. 2 og § 9*
- Hjemmebesøg, opsøgende (skrøbelige ældre, normalt over 75 år), grundydelse § 50
- Holdingselskaber § 17, stk. 3
- Honorarer, regulering § 62
- Honorering, almindelige bestemmelser § 67
- Honorering, samlet beskrivelse *bilag 6: protokollat vedrørende den sam-lede honorering af 13-10-2002*
- HPV-vaccination *Profylakseaftalen* § 8, stk. 4
- Høring af alle eksisterende praksis § 3, stk. 2
- IKAS § 92
- Ikke-tilmeldte patienter, behandling § 55
- Ikke-tilmeldte patienter, vejledning om svangerskabsforebyggende meto-der *aftale om honorering for vejledning af ikke-tilmeldte patienter om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder*
- Iltbehandling § 33
- Immobiliserende bandager, anlæggelse af, tillægsydelse § 51
- Immunglobuliner og vacciner § 34
- Implementeringsbidrag - akkreditering § 92
- Indlæggelse § 26
- Indretnings- og adgangsforhold § 47
- Institutionstillæg, dag- vagttid § 52
- Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema, tillægsydelse § 51

Introduktionsmanuenser *Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger – af 01-03-2014*

IT i almen praksis § 89

Klager og fortolknings spørgsmål til Profylakseaftalen *Profylakseaftalen § 16 og note I og II til § 16*

Klager, afgørelse af klagesager og anke § 121

Klager, behandling af klager fra kommuner § 119

Klager, behandling af klager fra læger § 118

Klager, behandling af klager fra patienter § 117

Klager, faglige (Patientombuddet) § 122

Klager, fremsættelse af § 116

Klager, fælles regler for behandling § 120

Klager, klagereglernes omfang § 115

Klausuleret tilskud *Profylakseaftalen § 10 og note til § 10*

Knoglebrud, første behandling af mindre, tillægsydelse § 51

Kommunalt lægelige udvalg § 96 Kompagniskab, samarbejdspraksis, netværkspraksis § 12, stk. 8

Kompagniskabsophør § 15, stk. 1

Kompagniskabsopløsning § 13

Kompagniskabspraksis der drives som delepraksis § 22, stk. 4

Kompagniskabspraksis, praksisformer § 16, stk. 1, stk. 1 b

Konsultation, grundydelse § 50

Kronikere og terminalpatienter, tilskud til lægemidler til § 59

Kvalitet, patientoplevelse § 93

Kvalitetsmodel for almen praksis § 92

Kvalitetsudvikling §§ 105, 106, 108 og 116 og bilag 9: *protokollat vedrørende efteruddannelse af 24-01-2006 (afkortet) samt bilag 11: protokollat om organisering af den decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE) af 16-06-2008*

Kvalitetskonsulentordning § 92, stk. 3

Kvalitetsudvikling, datafangst § 90

Kørsel, honorering og afholdelse af udgifter § 76

Kørselsgodtgørelse § 61

Kørselsgodtgørelse, afregning af § 83

Laboratorieundersøgelser, honorering af §§ 60 og 75

Laboratorieundersøgelser, iværksættelse af *rammeaftale om iværksættelse af laboratorieundersøgelser m.m. efter beslutning i regionerne*

Laboratorieundersøgelser, vagttid § 60, stk. 4

Landssamarbejdsudvalget, fortolkningsbidrag § 112

Landssamarbejdsudvalget, opgaver og beføjelser § 110

Landssamarbejdsudvalget, opmand, udpegning § 113

Landssamarbejdsudvalget, opmandens opgaver § 114

Landssamarbejdsudvalget, sammensætning og forretningsorden § 109

Landssamarbejdsudvalget, sanktionsmuligheder § 111

Ledig lægekapacitet § 14, stk. 3

Legitimation § 42

Ligsyn med udfyldelse af dødsattest, tillægsydelse § 51
Ligsyn med udstedelse af dødsattest, tillægsydelse § 51
Lokale aftaler
Lukke for patienttilgang §§ 7 og 8
Lukkegrænse, øvre § 8
Lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede § 7, stk. 3
Lukning, selektiv § 7, stk. 3
Lægeansvarsforsikring § 112, stk. 11
Lægebetjening i dagtiden § 45
Lægebetjeningen i vagttiden §§ 38, 39, 40
Lægedækning, årlig beregning af lægedækning § 3
Lægehåndbogen, udbredelsesstrategi *bilag 15: protokollat om lægehåndbogen af 21-12-2010*
Lægekapacitet, afkald på ledig § 14, stk. 3 og 5
Lægemedelanvendelse *note til § 105*
Lægemedelordination § 32
Lægemedelordination, forsvarlig økonomi § 88
Lægemedeltilskud, kronikere og terminalpatienter § 59
Lægemedler, rekvisition § 35
Læger der er fyldt 60 år § 7, stk. 3
Læger der er fyldt 60 år, ansøgning om lavere antal gruppe 1-sikrede § 7, stk. 3
Lægeselskab, alment § 17, stk. 3
Lægevagt §§ 37, 38, 39, 0
Lægevagten, opsigelse af nuværende bestemmelser *bilag 3: protokollat om lægevagten af 21-12-2010*
Lægevagten, sanktioner for overtrædelse af vagtinstruks *bilag 20: protokollat om sanktioner for overtrædelse af vagtinstruks af 11-05-2007*
Læsioner og forbrændinger, behandling af store, tillægsydelse § 51
MedCom standarder § 89
MFR-vaccination *Profylakseaftalen § 7, stk. 2*
Nedsat normtal § 7 stk. 3
Mikroskopi af biologisk materiale, § 60
Nedsættelse i almen praksis § 12
Nettoafregning over for gruppe 2-sikret patient *nettoafregning – tillægs-overenskomst til overenskomst om almen praksis mellem PLO og RLTN*
Netværkspraksis § 12, stk. 8
Netværkspraksis, praksisformer § 16, stk. 1,
Normtal § 7
Næsetamponade, stansning af blødning efter tandudtræk, tillægsydelse § 51
Omkostningsdækning ifm. overførelse af patientjournaler ved praksislukning *aftale vedr. omkostningsdækning af journaler ved praksislukning af 29-11-2007*

Operation for dybereliggende betændelse (eksempelvis åbning af byld),
tillægsydelse § 51

Operationer, andre betydelige, tillægsydelse § 51

Ophør af delepraksis § 15, stk. 2

Ophør af kompagniskab § 15, stk. 1

Ophør i praksis – ydernummer på licens § 25, stk. 2

Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande, til-
lægsydelse § 51

Opløsning af kompagniskab § 13, stk. 2

Opløsning af praksis § 13

Opsigelse – lægevagt § 38, stk. 4

Opsigelse – rammeaftaler *Rammeaftale om e-kommunikation mellem
kommune og kommunens praktiserende læger og Rammeaftale om
iværksættelse af laboratorieundersøgelser m.m. efter beslutning i regio-
nerne.*

Opsigelse – overenskomsten § 125

Opsøgende hjemmebesøg (skrøbelige ældre, normalt over 75 år), grund-
ydelse § 50

Ordination af lægemidler § 32

Ordination/rekvisition af iltbehandling § 33

Ordinationsmønster § 88

Orienteringspligt, regionen overdragelse af praksis/praksisdel § 12, stk. 5

Overenskomstansvar § 12, stk. 3

Overenskomsten, ikrafttrædelse og opsigelse *kapitel XV*

Overenskomsten, opmandsfunktion og organisationsansvar *bilag 14: pro-
tokollat om opmandsfunktionen og organisationsansvar af 27-04-1995*

Overenskomsten, økonomisk ramme *bilag 4: økonomiprotokollat af 01-
09-2014*

Overenskomstens parter § 1

Overenskomstområdet § 1

Overtagelse af praksis – ydernummer på licens § 25

Paracentese af trommehinde, tillægsydelse § 51

Patientantal § 3, stk. 5

Patienter, truende og voldelige § 10

Patientfrasingelse § 9

Patientjournaler, overførelse ved praksislukning *aftale vedr. omkost-
ningsdækning af journaler ved praksislukning af 29-11-2007*

Patientledsagelse i ambulance, tillæg § 54

Patienttilfredshedsundersøgelser § 93

Patienttilgang, høring af alle eksisterende praksis § 3stk. 3

Patienttilgang, lukning for § 7

Patienttilgang, åbning på ny for § 8, stk. 4

Patologiske undersøgelser, henvisning til § 27, stk. 4

Pensionsbidrag, indbetaling af § 85

Praksisplan § 2

- P-markering ved registrering af patienthenvendelse *bilag 13: protokollat om anvendelse af sundhedskort ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis*
- Praksisamanuenser *Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger – af 01-09-2014*
- Praksisflytning § 5
- Praksisformer § 16
- Praksiskonsulenter, fælles projektarbejde mellem regioner og kommuner *bilag 15: protokollat om kommunale praksiskonsulenter af 21-12-2010*
- Praksisomkostningshonorar § 49
- Praksisomkostningshonorar, udbetaling af § 79
- Praksisophør hvor lægen dør eller bliver alvorligt syg § 14, stk. 5
- Praksisophør, i kompagniskab og delepraksis, når praksisdelen ikke overtages af anden læge § 15
- Praksisophør, når praksis ikke overtages af anden læge § 14
- Praksisopløsning, § 13
- Praksisplanlægning § 2
- Praksisreservelæger *Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger – af 01-09-2014*
- Praksissammensætning, ændring af § 13, stk. 2
- Praksisstørrelse § 7
- Priktest, allergiudredning *Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne*
- Profylakseaftalen, børneundersøgelser *Profylakseaftalen § 7 og note til § 7*
- Profylakseaftalen, børnevaccinationer *Profylakseaftalen § 8 og note I, II og III til § 8*
- Profylakseaftalen, Di-Te-KI-Pol-vaccination og –revaccination *Profylakseaftalen § 8*
- Profylakseaftalen, helbredsundersøgelser af gravide *Profylakseaftalen § 3*
- Profylakseaftalen, hepatitis B vaccination *Profylakseaftalen § 9 og note til § 9, stk. 1 og § 9*
- Profylakseaftalen, HPV-vaccination *Profylakseaftalen § 8, stk. 4*
- Profylakseaftalen, klager og fortolkningssspørgsmål *Profylakseaftalen § 16 og note I og II til § 16*
- Profylakseaftalen, MFR-vaccination *Profylakseaftalen § 8, stk. 2*
- Profylakseaftalen, opsigelse og ændring *Profylakseaftalen §§ 17 og 18*
- Profylakseaftalen, røde hunde, vaccination *Profylakseaftalen § 8, stk. 5*
- Profylakseaftalen, svangreomsorg *Profylakseaftalen kapitel 1*
- Profylakseaftalen, tillæg for tolkede konsultationer § 14
- Profylakseaftalen, tillægshonorar for vaccinationer *Profylakseaftalen § 14*
- Profylakseaftalen, udvalgsarbejde *Profylakseaftalen § 6*
- Profylakseaftalen, vaccinationer med klausuleret tilskud *Profylakseaftalen § 10 og note til § 10*
- Profylakseaftalen, ydelsesafregning *Profylakseaftalen § 15*

- Psykolog § 30 Psykometriske tests, diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte, tillægsydelse § 51
- Rationel farmakoterapi *note til § 105*
- Receptfornyelse, afgrænsning § 64
- Receptfornyelse, elektronisk § 105, stk. 3
- Regionale udvalg §§ 104, 105, og 106
- Regulering af honorarer § 62
- Reguleringsprocent, takstanvendelse ved ændring § 63
- Rejsetillæg til øer § 54
- Rekommandationsliste, regional eller lokal *note til § 105*
- Rekvisation af forbindsstoffer m.v. § 36
- Rekvisation af immunglobuliner og vacciner § 34
- Rekvisation af lægemidler § 35
- Reposition af store leddskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder, tillægsydelse § 51
- Roller og opgaver i almen praksis *bilag 1: protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010*
- Røde hunde, vaccination *Profylakseaftalen § 8, stk. 5*
- Samarbejde mellem almen praksis og sekundærsektor *bilag 1: protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010*
- Samarbejdspraksis, praksisformer § 16,
- Samarbejdsudvalg, vejledende forretningsorden *bilag 17: vejledende forretningsorden for samarbejdsudvalg af 24-01-2006*
- Samarbejdsudvalget § 107
- Samarbejdsudvalget, lukning for tilgang § 7, stk. 2
- Samarbejdsudvalget, lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede § 7, stk. 3
- Samarbejdsudvalget, opgaver og beføjelser § 108
- Samarbejdsudvalget, praksisophør, når praksis ikke overtages af anden læge § 14, stk. 2
- Samarbejdsudvalget, selektiv lukning § 7, stk. 3
- Samarbejdsudvalget, tilladelse til delepraksis § 22, stk. 2
- Samarbejdsudvalget, voldelige eller truende patienter § 10, stk. 2
- Sammenhængende patientforløb *bilag 1: protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010*
- Samtaleterapi, honorar § 53
- Satellitpraksis § 16, stk. 6 og § 23
- Selektiv lukning § 7, stk. 3
- Selskabsform, almen praksis i § 17
- Selvvalgt efteruddannelse *Bilag 7: Protokollat om Kommissorium og sammensætning af en arbejdsgruppe til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis*
- Socialmedicinsk samarbejde, definition af telefoniske henvendelser § 94, stk. 3

- Socialmedicinsk samarbejde, honorering § 94, stk. 2
- Socialmedicinsk samarbejde, lægens pligt til at deltage *note til § 94*
- Socialmedicinsk samarbejde, overordnet definition § 94, stk. 1
- Speciallægeundersøgelse og -behandling, henvisning til § 27
- Statens seruminstitut, diagnostiske undersøgelser § 28
- Stikordsregister, vejledning – *forefindes bagerst i hæftet*
- Støttefunktion akkreditering § 92
- Større lægehuse § og bilag 10: *protokollat vedrørende tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis og/eller udvikle deres praksis af 21-12-2010*
- Sundhedsaftaler om roller og opgaver i almen praksis *bilag 1: protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010*
- Sundhedskort § 42
- Sundhedskort, anvendelse af *bilag 13: protokollat om anvendelse af sundhedskort ved elektronisk registrering af patienthenvendelse til almen lægepraksis*
- Sundhedskort, udgifter til udskiftning § 18
- Svangerskabsforebyggende metoder, vejledning af ikke-tilmeldte patienter *aftale om honorering for vejledning af ikke-tilmeldte patienter om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder*
- Svangerskabsforebyggende teknik, fortsat kontrol af, tillægsydelse § 51
- Svangreomsorg *Profylakseaftalen kapitel 1*
- Sygebesøg § 45, stk. 4
- Sygebesøg for hver påbegyndt km udover 21 km, grundydelse § 50
- Sygebesøg fra påbegyndt fra 5 km til påbegyndt 21 km, grundydelse § 50
- Sygebesøg indtil 4 km, grundydelse § 50
- Sygebesøg på ruten, grundydelse § 50
- Sygebesøg/besøg på ruten, afgrænsning § 65
- Systematisk efteruddannelse *Bilag 7: Protokollat om Kommissorium og sammensætning af en arbejdsgruppe til konkretisering af en kvalitetsmodel for almen praksis*
- Sår, første behandling af større, tillægsydelse § 51
- Takstanvendelse ved ændring i reguleringsprocenten § 63
- Tapning af væskeansamling fra større led i terapeutisk øjemed, og ikke diagnostik øjemed eller ved indsprøjtning, tillægsydelse § 51
- Telefonkonsultation § 45, stk. 2
- Telefonkonsultation i forbindelse med forløbsydelsen for diabetespatienter, grundydelse § 50
- Telefonkonsultation, grundydelse § 50
- Telefonkonsultation/konsultation, receptfornyelse, afgrænsning § 64
- Tidsbestilling, elektronisk § 45, stk. 3
- Tidsbestilling/tidsaftale § 43, stk. 3, § 45
- Tidsforbrugstillæg § 94
- Tilgang, lukket for tilgang § 7

Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret tolk, tillægsydelse § 51

Tillægsydelse § 51

Tillægsydelser, iværksættelse af *rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne*

Tillægsydelseshonorering § 72

Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i vagttiden § 39

Tolk, tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats), hvor der anvendes kvalificeret, tillægsydelse § 51

Tolkede konsultationer, tillæg for *Profylakseaftalen* § 14

Truende og voldelige patienter § 10

Tutorlæger *Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger – af 01-09-2014*

Tværfaglige teams *Profylakseaftalen* § 6

Uddannelseslæger *Tutorlægeaftalen – vedrørende alment praktiserende læger, der virker som tutorlæger – af 01-03-2014*

Udenlandske patienter ??

Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling, tillægsydelse § 51

Udtagning af prøve af livmodermund og –hals til cytologisk undersøgelse, tillægsydelse § 51

Udvalgsarbejde *Profylakseaftalen* § 6

Vaccinationer, tillægshonorar *Profylakseaftalen* § 11

Vagtberedskabshonorar § 57

Vagtberedskabshonorar, afregning af § 82

Vagtberedskabshonorering § 71

Vagtberedskabstid § 71, stk. 2

Vagtinstruks, sanktioner for overtrædelse *bilag 16: protokollat om sanktioner for overtrædelse af vagtinstrukts af 11-05-2007*

Vagtlæge §§ 37, 38, 39, og 40

Vagtlægeordning, opsigelse af nuværende bestemmelser *bilag 3: protokollat om lægevagten af 21-12-2010*

Vagtlægeordning, sanktioner for overtrædelse af vagtinstrukts *bilag 16: protokollat om sanktioner for overtrædelse af vagtinstrukts af 11-05-2007*

Vagtordning arbejdsmæssigt og økonomisk § 39

Vagtordning for læger der er fyldt 60 år § 39, stk. 8

Vagtordning uden at have tilmeldt sig overenskomsten § 39, stk. 7

Vagtordning, øer § 39, stk. 3

Vagttid § 37

Vagttid, grundydelse, § 56 Vagttid, laboratorieundersøgelser § 60, stk. 4

Vagttid, omfang og opdeling § 37

Vagttid tillægsydelser § 51 stk. 2

Vagttid, tilrettelæggelse af lægebetjening § 38

Vagttid, visitation § 40

- Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af implanon (ekskl. til spiral og implanon), tillægsydelse § 51
- Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik, tillægsydelse § 51
- Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation, tillægsydelse § 51
- Venesectio tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande, tillægsydelse § 51
- Vikar, autorisationskrav for alment praktiserende læger § 11, stk. 3
- Visitation i vagttiden § 40
- Voldelige eller truende patienter § 10
- Ydelsesafregning for ydelser jf. Profylakseaftalen *Profylakseaftalen* § 15
- Ydelsesanvendelse *bilag 6: protokollat om anvendelse af ydelserne i overenskomsten og sammenhængen til det almenmedicinske arbejdsområde af 16-04-1999*
- Ydeshonorarafregning, overenskomstmæssige ydelser § 80
- Ydeshonorarafregning, socialmedicinsk samarbejde § 81
- Ydernummer på licens § 25
- Ydernummer på licens, ophør i praksis § 258, stk. 2
- Ydernummer på licens, overtagelse af praksis § 25, stk. 3
- Ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet § 24
- Ændring i sammensætning af praksis § 13, stk. 2
- Øer, lægehjælp til patienter hvor der ikke er etableret lægepraksis § 73
- Øer, rejsetillæg til § 54
- Øer, sygebesøg hvor der ikke er etableret lægepraksis § 73, stk. 3
- Øvre lukkegrænse § 8
- Åbnet for patienttilgang § 7, stk. 6
- Åbning for patienttilgang § 7, stk. 4
- Åbningstid i dagtid, § 45
- Årlig lægedækningsberegning § 3
- Årsopgørelser § 87

VEJLEDNING I ANVENDELSE AF OVERENSKOMSTENS YDELSER

Udarbejdet af RLTN og PLO i henhold til § 74 i overenskomst om almen praksis.

Indhold:

1. INDLEDNING.....	193
2. KONSULTATION, YDELSE 0101	193
3. TELEFONKONSULTATION, YDELSE 0201	196
4. SYGEBESØG, YDELSERNE 0411 M.FL.....	197
5. AFTALT SPECIFIK FOREBYGGELSESIKTSATS, YDELSE 0120	198
6. OPSØGENDE HJEMMEBESØG FOR SKRØBELIGE ÆLDRE (NORMALT OVER 75 ÅR), YDELSE 0121	200
7. GENERELT OM ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGE OG PATIENT	201
8. E-KONSULTATION, YDELSE 0105	203
9. GENERELT OM ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGE OG KOMMUNENS PLEJEPERSONALE	205
10. ABORTSTØTTESAMTALE, YDELSE 0122	206
11. SAMTALETERAPI, YDELSE 6101	206
12. GENERELT OM ANVENDELSE AF KLINIKPERSONALE	207
13. GENERELT OM MEDICINORDINATION.....	208
14. TILLÆGSYDELSER I HENHOLD TIL OVERENSKOMSTENS § 57 ..	209
2101/2601. Blodtagning fra blodåre.....	210

2102. Udtagning af prøve fra livmodermund og –hals til cytologisk undersøgelse inklusiv forsendelse	210
2104. Blærekateterisation.....	211
2105. Fjernelse af fremmedlegeme fra øje, øregang, næse og svælg	211
2107. Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl.....	212
2108. Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk.....	212
2109. Anlæggelse af immobiliserende bandager	212
2111. Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led	212
2112. Første behandling af større sår.....	213
2113. Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog inklusiv forsendelse	213
2115. Fjernelse af negl	214
2117. Fjernelse af subkutane eller dybere liggende svulster inklusiv eventuel forsendelse	214
2118. Operation for dybereliggende betændelse	214
2119. Tapping af væskeansamling fra større led	214
2120. Venesection tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande	215
2121. Andre betydelige operationer.....	215
2122. Første behandling af brud af skinneben, lår, over- eller underarm..	215
2123. Reposition af store leddskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder	216
2124. Behandling af store udbredte læsioner eller forbrændinger	216
2125. Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande	216
2131. Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og side 2)	216
2134. Ligsyn kun med udfyldelse af dødsattestens side 1	217
2135. Udfyldelse af dødsattestens side 2 inklusiv forsendelse	217
2136. Anoskopi	217

2137. Udtagelse og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumper	217
2133. Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver.....	217
2138. Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema.....	218
2141. Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende teknik	218
2142. Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik	218
2143. Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation	219
2144. Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral.....	219
2146. Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling	220
2149 Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests	221
2161. Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats) hvor der anvendes kvalificeret tolk	222
15. LABORATORIEUNDERSØGELSER I HENHOLD TIL OVERENSKOMSTENS § 75	222
7101. Urinundersøgelse ved stix.	222
7105. Dyrkning af biologisk materiale – Bakterier og andet	222
7108. Hæmoglobin	223
7109. Svælg – Streptokokantigen.....	224
7112. Audiometri	224
7113. Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri	225
7121. Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation.....	226
7115. Maskinel leukocyt- og differentialtælling	228
7116. Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale eksklusiv urin	228
7122. Fasekontrastmikroskopi af urin.....	230

7117. Tympanometri	231
7120. CRP (C-reaktivt protein)	232
7126. INR (Internationalt Normaliseret Ratio)	233
7136. Glucose.....	234
7156. EKG (elektrokardiografi)	234
7175. Svangerskabsreaktion, urin-choriongonadotropin	235
7177. SR (sænkningsreaktion)	235
7183. Lungefunktionsundersøgelse (peak-flow).....	236
7189. Urin til resistensbestemmelse.....	237
7402. Priktest (rammeaftale)	238
7403 HbA1c (rammeaftale).....	239
 BILAG TIL YDELSESBESKRIVELSE FOR YDELSE 0121, OPSØGENDE HJEMMEBESØG (BESØGSGUIDE):	 239

1. INDLEDNING

Denne vejledning er tænkt som en støtte til korrekt anvendelse af overenskomstens ydelser for den praktiserende læge, dennes klinikpersonale og regionen.

Det er en opdateret udgave af den tidligere vejledning med de ændringer, som overenskomsten af 1. september 2014 har medført.

Der er udarbejdet vejledninger for de fleste af overenskomstens ydelser.

2. KONSULTATION, YDELSE 0101

En konsultation kan defineres som en situation, hvor patient og læge mødes, og hvor patienten får lægelig undersøgelse, behandling, råd og/eller vejledning.

Konsultationen kan komme i stand enten efter anmodning fra patienten eller på lægens foranledning, hvis det på forhånd er aftalt mellem læge og patient, at lægen indkalder patienten til konsultation, eller hvis det efter en tidligere konsultation ud fra patientens helbredsforhold viser sig nødvendigt, at lægen indkalder patienten til konsultation igen.

En konsultation kan være af kortere eller længere varighed og kan omhandle et eller flere forskellige helbredsmæssige problemer hos den pågældende patient.

Bemærkninger:

Der foreligger ikke to konsultationer, selvom patienten bringer flere helbredsmæssige problemer op under konsultationen, eller lægen bliver opmærksom på flere helbredsmæssige problemer, hvis tilstedeværelse ikke var kendt, da konsultationen blev aftalt.

Der foreligger ikke konsultation, hvis patienten udebliver fra en aftalt tid. Konsultationen kan undtagelsesvis komme i stand ved skriftlig henvendelse fra patienten. Hvis lægen i et skriftligt svar til patienten iværksætter behandling, f.eks. i form af medicinordination eller henvisning til anden behandling, eller giver lægeligt råd eller vejledning, som lægen er ansvarlig for, foreligger der en konsultation. Afgiver lægen et sådant svar telefonisk, foreligger der en telefonkonsultation, jf. afsnittet "0102. Telefonkonsultation".

Det kan undtagelsesvis være relevant at yde en konsultation pr. brev, selv om der ikke foreligger en skriftlig henvendelse fra patienten. Det kan eksempelvis være tilfældet, hvor resultatet af en INR-måling giver anledning til ændrede ordinationer, og hvor det vurderes at information pr. brev er mere formålstjenlig end information pr. telefon.

Konsultation ved brug af klinikpersonale

Lægen kan lade klinikpersonalet selvstændigt udføre visse undersøgelser og behandlinger, råd og vejledning, herunder forebyggende ydelser, uden at opgaverne umiddelbart skal forudgås eller efterfølges af en direkte lægelig kontakt mellem lægen og patienten, jf. afsnittet om "[Anvendelse af klinikpersonale](#)."

Klinikpersonalets selvstændige udførelse af behandlingsopgaver m.v. sker i alle tilfælde på foranledning af lægen, dvs. efter anmodning fra lægen og under supervision af denne. Klinikpersonale kan være sygeplejersker, bioanalytikere, sekretærer o.a., som lægen har arbejdsgiveransvaret for.

Særligt om konsultationer i forbindelse med profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn m.v.

Hvis der i forbindelse med profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn udført i henhold til Profylakseaftalen konstateres helbreds-mæssige forhold, der kræver undersøgelse og/eller behandling, som ligger uden for rammerne af de retningslinier, der gælder for udførelse af de profylaktiske svangre- og børneundersøgelser, er der tale om en konsultation i henhold til overenskomsten. Der foreligger således 2 ydelser; profylaktisk helbredsundersøgelse og konsultation. Dette gælder, uanset om den nærmere undersøgelse og/eller behandling finder sted i umiddelbar forlængelse af den profylaktiske helbredsundersøgelse eller ved særskilt konsultation.

Hvis der i forbindelse med selvbetalte profylaktiske helbredsundersøgelser, der ikke er omfattet af overenskomsten, afsløres forhold, der kræver behandling eller nøjere undersøgelse, som er omfattet af overenskomsten, er der for så vidt angår denne behandling og undersøgelse tale om en konsultation, uanset om den finder sted i umiddelbar forlængelse af den profylaktiske helbredsundersøgelse eller ved særskilt konsultation.

Konsultation via tredjemand

En konsultation kan gennemføres via tredjemand, f.eks. hvor en pårørende, hjemmesygeplejerske eller andet plejepersonale henvender sig til lægen med henblik på lægelig undersøgelse eller behandling, lægeligt råd eller vejledning vedrørende patientens helbredsforhold.

Hvis lægen i anledning af henvendelsen udfører lægelig behandling eller undersøgelse eller giver lægeligt råd eller vejledning ud fra oplysninger om patientens helbredsforhold, herunder eventuelt ved eftersyn i patientjournalen, foreligger der en konsultation via tredjemand. Dette gælder også tilfælde, hvor lægens skøn fører til, at der ikke iværksættes undersøgelse eller behandling.

Det er en helt afgørende forudsætning, at det står klart for lægen, at henvendelsen sker efter anmodning fra patienten eller dog på vegne af patienten.

Bemærkninger:

Der er ikke tale om en konsultation via tredjemand i tilfælde, hvor f.eks. en pårørende henvender sig til lægen for at få dennes vurdering af patientens generelle helbredstilstand, uden at dette sker på vegne af patienten.

Hvis en forælder henvender sig med henblik på lægelig behandling eller undersøgelse, råd eller vejledning af den pågældendes barn, uden at barnet er til stede, foreligger der konsultation via tredjemand. Sker forælders henvendelse i umiddelbar forlængelse af en konsultation vedrørende sine egne helbredsforhold, foreligger der en ny konsultation (via tredjemand), dvs. i alt 2 konsultationer.

Særligt vedrørende laboratorieundersøgelser

Hvis eksempelvis en hjemmesygeplejerske afleverer en urinprøve fra en patient på grund af mistanke om en mulig urinvejsinfektion, og lægen på baggrund af henvendelsen vurderer, at der skal foretages en laboratorieundersøgelse, foreligger der en laboratorieundersøgelse og en konsultation. Ved eventuel telefonisk afgivelse af svar om resultatet af laboratorieundersøgelsen vil der normalt være tale om en telefonkonsultation.

Hvis der er tale om en på forhånd aftalt løbende kontrol, der indebærer regelmæssig aflevering af urinprøver til undersøgelse ("seriekontrol"), hvor lægen ikke i forbindelse med laboratorieundersøgelsen foretager en lægelig vurdering af patientens helbredsforhold, er der ikke tale om en

konsultation, men alene om en laboratorieundersøgelse. Der kan eksempelvis være tale om løbende kontrol af bakterieudskillelse i urin i en periode hos en patient med tidligere hyppige urinvejsinfektioner.

3. TELEFONKONSULTATION, YDELSE 0201

En telefonisk henvendelse i dagtiden takseres som telefonkonsultation, hvis der er ydet lægelig behandling, rådgivning eller vejledning som imødekommer patientens behov for lægehjælp på det pågældende tidspunkt. Hvis den telefoniske henvendelse resulterer i en aftale om at patienten ses af lægen senere i konsultationen eller ved besøg, anses den telefoniske henvendelse som en uhonoreret tidsbestilling, medmindre samtalen har medført en sådan stillingtagen, at et behov for foreløbig akut lægehjælp er imødekommet.

Samtalen skal således resultere i en sådan stillingtagen, at patientens behov for lægehjælp, herunder eventuelt behov for akut lægehjælp, er imødekommet, f.eks. ved ordination af medicin, henvisning til anden behandling eller lign.

En telefonkonsultation kan også selvstændigt gennemføres ved, at klinikpersonale giver råd og/eller vejledning jf. afsnittet "Generelt om anvendelse af klinikpersonale."

Hvis klinikpersonalets telefoniske svarafgivelse imødekommer behovet for lægelig indsats i forbindelse med selve svarafgivelsen, herunder et nødvendigt behov for information i forbindelse med svarafgivelsen, foreligger der en telefonkonsultation ved brug af klinikpersonale.

Det er således en forudsætning, at klinikpersonalets telefoniske svarafgivelse ikke i sig selv medfører behov for en konsultation eller (ny) telefonkonsultation. Der kan dog i forbindelse med svarafgivelsen pr. telefon aftales konsultation som led i behandlingsforløbet.

Bemærkninger:

Hvis telefonsamtalen har resulteret i, at patientens behov for lægehjælp, som det fremstod på det pågældende tidspunkt, er imødekommet, men helbredssituationen senere samme dag udvikler sig således, at der opstår behov for konsultation eller sygebesøg, foreligger der både telefonkonsultation og konsultation/sygebesøg samme dag for den samme patient.

Der foreligger ikke telefonkonsultation ved samtaler, der alene vedrører tidsbestilling eller receptfornyelse, eller hvis patienten ringer i telefontiden og aflyser en konsultation.

Særligt vedrørende telefonkonsultation m.v. i vagttiden:

I vagttiden kan telefonkonsultation og konsultation kun komme i stand ved opringning fra patienten.

Der foreligger telefonkonsultation uden besøg/konsultation (ydelsesnummer 0501), hvis samtalen har medført en sådan stillingtagen, at behovet for akut lægehjælp er imødekommet. Der kan f.eks. være tale om, at telefonkonsultationen afsluttes med lægeligt råd og vejledning, ordination af medicin eller henvisning til sygehus eller hjemmesygeplejerske.

Hvis samtalen afsluttes med, at der aftales sygebesøg eller fremmøde i vagtkonsultationen, er der tale om en telefonkonsultation med besøg/konsultation (ydelsesnummer 0602).

I ganske særlige tilfælde kan der i vagttiden forekomme ydelsen telefonkonsultation uden besøg/konsultation og telefonkonsultation med besøg/konsultation til den samme patient med kort interval. Betingelsen for, at flere ydelser til samme patient kan forekomme med meget kort interval, er, at der i tidsrummet fra afslutningen af den seneste kontakt mellem læge og patient til den fornyede kontakt er sket en sådan ændring i patientens helbredstilstand, at det medfører en ændret lægelig vurdering af behovet for lægelig indsats.

4. SYGEBESØG, YDELSERNE 0411 M.FL.

Et sygebesøg kan defineres som en situation, hvor lægen aflægger patienten et besøg i dennes hjem eller opholdssted, og hvor patienten får lægelig undersøgelse, behandling, råd og/eller vejledning.

Et sygebesøg kan som udgangspunkt kun komme i stand efter anmodning fra patienten, såfremt lægen vurderer, at sygdommens art eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg. Lægen skal i sin vurdering af, om et sygebesøg er nødvendigt, tillægge det betydning, såfremt patienten er bevægelseshæmmet.

Et sygebesøg kan være af kortere eller længere varighed og kan omhandle et eller flere forskellige helbredsmæssige problemer hos den pågældende patient.

Lægen kan, selvom han ikke har vagt, aflægge sygebesøg til terminale patienter og hjemmefødsler. I sådanne situationer afregnes med vagthonorar.

Behandler en læge flere patienter i samme hjem, beregnes der kun sygebesøgshonorar for én sikret. For den næste og de følgende beregnes ydelsen til konsultationstakst. Ved besøg i vagttiden honoreres med det konsultationshonorar, som i øvrigt gælder i henholdsvis A-vagten og B-vagten.

Sygebesøg ved brug af klinikpersonale

Lægen kan lade klinikpersonalet foretage sygebesøg og selvstændigt udføre visse undersøgelser og behandlinger, råd og vejledning, uden at opgaverne umiddelbart skal forudgås eller efterfølges af en direkte lægelig kontakt mellem lægen og patienten, jf. afsnittet om "Anvendelse af klinikpersonale."

Klinikpersonalets selvstændige udførelse af behandlingsopgaver m.v. på sygebesøg sker i alle tilfælde på foranledning af lægen, dvs. efter anmodning fra lægen og under supervision af denne. Klinikpersonale kan være sygeplejerske, bioanalytiker, sekretær o.a., som lægen har arbejds-giveransvaret for.

5. AFTALT SPECIFIK FOREBYGGELSESINDSATS, YDELSE 0120

Aftalt specifik forebyggelsesindsats, ydelse 0120, kan ikke anvendes til udredning og behandling.

Ydelse 0120 kan gives på lægens initiativ.

Der er tale om en på forhånd aftalt konsultation mellem patient og læge, hvor patienten på forhånd er bekendt med indholdet.

Ydelsen kan tilbydes patienter, hvor det fremgår af de kliniske retningslinjer, at patienter skal tilbydes en årskontrol, og hvor der er et lægefagligt begrundet behov for en årskontrol.

Ydelsen kan desuden tilbydes patienter, som efter udredning konstateres at være i væsentlig risiko for at udvikle en alvorlig, kronisk sygdom. I disse situationer kan ydelsen som udgangspunkt tages én gang pr. patient.

Årsstatus og undersøgelse udføres i henhold til faglige anbefalinger indeholdende:

- En systematisk samlet risikovurdering og ressourcevurdering efter fagligt anerkendte kliniske vejledninger og anbefalinger (fx DSAMs vejledninger, hvor disse foreligger)
- Status af patientens helbredssituation (anamnese, objektiv undersøgelse og laboratorieundersøgelser)
- Vurdering af medicinordinationerne
- Fastlæggelse af behandlingsmål i forståelse med patienten

Ydelsen kan desuden anvendes ved opfølgende demenssamtale med tværfaglig koordinerende indsats jf. DSAMs vejledning herom. Ydelse 0120 kan dog kun anvendes max. 2 gange pr. år pr. demente patient.

Ydelsen kan endelig anvendes ved en målrettet indsats for at nedbringe en patients misbrug af lægeordineret vanedannende medicin og hvor der eventuelt foreligger kombination med misbrug af andre afhængigheds-skabende stoffer. Det forudsættes, at

- Formålet med konsultationen er aftalt på forhånd
- Konsultationen er målrettet og motiverende
- Konsultationen må ikke handle om andet
- Der skal foretages en samlet risiko- og ressourcevurdering (fx vurdering af patientens profil eller grad af bivirkninger) samt aftales mål for behandlingsindsatsen, herunder udtrappingsplan i forståelse med patienten

Ydelsen kan kun anvendes én gang i forhold til en konkret patients nedbringelse af vanedannende medicin. Den indledende samtale vil udgøre starten på et forløb. De efterfølgende kontakter afregnes med 0101. I tilfælde af et mere simpelt overforbrug af vanedannende medicin, hvor patienten skal motiveres til at nedsætte sit forbrug, anvendes alene 0101.

Ydelsen kan ikke anvendes i forbindelse med en almindelig konsultation (0101).

Ydelsen kan ikke anvendes sammen med ydelse 0121 "Opsøgende hjemmebesøg".

Ydelsen kan kun undtagelsesvis anvendes sammen med tillægsydelser (§ 51) eller laboratorieundersøgelser (§ 60), da svar på disse oftest vil være en forudsætning for at gennemføre ydelsen. Tillægsydelsen "psykometrisk test" (2149) kan dog anvendes sammen med ydelsen "aftalt specifik forebyggelse" (0120), hvor det drejer sig om psykiske lidelser fx demens.

Ydelsen kan udføres i hjemmet, hvis sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. I så fald honoreres ikke for et sygebesøg, men der honoreres for tidsforbrugstillæg, svarende til § 94 stk. 2 c) og kørselsgodtgørelse i henhold til § 61.

Kommer patienten til en aftalt årsstatus og ønsker at tale om et andet sundhedsproblem, er det en mulighed at behandle for det akutte og afregne med en 0101 – og så give patienten en ny tid til kontrol af den kroniske sygdom. Hvis man vælger både at gennemføre årsstatus for den kroniske sygdom og at se på det akutte problem, kan der udelukkende afregnes med ydelse 0120. Dog kan der samtidig afregnes med evt. relevante tillægsydelser og laboratorieundersøgelser.

Ydelsen kan ikke anvendes sammen med børne- og svangreundersøgelser.

Ydelsen kan ikke gennemføres ved klinikpersonale, og kan ikke anvendes i lægevagten.

En af parterne kan opsigte adgangen til honorering af ydelsen 0120 til udløb ved førstkommende genforhandling af overenskomsten.

6. OPSØGENDE HJEMMEBESØG FOR SKRØBELIGE ÆLDRE (NORMALT OVER 75 ÅR), YDELSE 0121

Formål med ydelsen er:

- at opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne,
- at identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer,
- at vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug,
- at have kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde.

Forudsætninger for besøget er:

- at besøget er en samtale, ikke en kontrol,
- afklarede gensidige forventninger til besøget,
- respekt for den ældres uafhængighed og selvbestemmelse, og
- at samtalen er en aktuel status uden fokusering på et specifikt symptom eller lidelse.

Ydelsen kan maksimalt udføres én gang årligt pr. patient.

Indholdet er beskrevet i en besøgsguide, der er en vejledning, som må tilpasses de individuelle forhold. Se besøgsguide som bilag.

Tillægsydelser og laboratorieundersøgelser udført i forbindelse med besøget honoreres i henhold til overenskomstens takster.

Ydelsen kan ikke anvendes sammen med en almindelig konsultation (0101).

Ydelsen kan ikke gennemføres ved klinikpersonale.

Sammen med ydeshonorar 0121 honoreres kørselsgodtgørelse i henhold til § 61 og tidsforbrugstillæg svarende til § 94, stk. 2.c.

En af parterne kan opsigte adgangen til honorering af ydelsen 0121, til udløb ved førstkommende genforhandling af overenskomsten.

7. GENERELT OM ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGE OG PATIENT

Elektronisk kommunikation med patienten, elektronisk tidsbestilling og elektronisk receptfornyelse er en del af praksis' tilbud til patienterne.

Elektronisk henvendelse til lægen skal ske via lægens web-side.

Tidsbestilling

Anmodning om tidsbestilling kan foregå elektronisk under forudsætning af, at det sker på en struktureret måde. Patientens henvendelse skal ske via lægens web-side.

Receptfornyelse

Ved receptfornyelse af fast medicin kan elektronisk henvendelse erstatte en telefonisk kontakt. Hvis lægen vurderer, at der er behov for, at han/hun ser patienten, må anmodningen om elektronisk receptfornyelse afvises.

Svar på laboratorieundersøgelser

Svar på laboratorieundersøgelser kan foregå elektronisk. Når patienten har fået taget en urinprøve, blodprøve, celleskrab eller anden prøve, aftales det sædvanligvis, at patienten skal ringe til lægen og få oplyst svaret. Hvis patienten ønsker det, kan det i stedet aftales, at svaret sendes elektronisk. Et alvorligt svar (eksempelvis alvorlige celleforandringer) bør dog

ikke afgives elektronisk. Svar på laboratorieundersøgelser honoreres som en e-konsultation.

Sikkerhed

Det er en forudsætning for anvendelse af e-kommunikation mellem læge og patient, at sikkerheden er i orden. Det anbefales således,

- at kommunikation via det åbne Internet mellem patient og læge sikres i lokale sikkerhedsløsninger med kryptering og sikring af afsenders identitet. Alternativt ved anvendelse af sikrede linier, baseret på Internet-teknologi (VPN og lignende), og
- at der anvendes personlige passwords med henblik på, at kun den rette modtager kan læse svaret.

Ansvar

Når der tales om lægens juridiske ansvar, tænkes på risikoen for, at lægen får en påtale af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn om at lægens sundhedsfaglige virksomhed har været kritisabel eller at lægen pådrager sig et erstatningsansvar over for en patient, der lider et tab på grund af lægens fejl.

Spørgsmålet om et særligt juridisk ansvar i forbindelse med e-konsultation er relevant, især som følge af:

- Risikoen for at lægen på grund af fravær eller tekniske problemer ikke ser patientens henvendelse og derfor ikke får svaret på en hastende henvendelse. Et ansvar kan imødegås ved, at patienten via lægens hjemmeside er gjort bekendt med, at hastende henvendelser ikke kan foretages elektronisk. Risikoen for at lægen ikke får besvaret patientens elektroniske henvendelse på grund af manglende tid. Lægen skal sædvanligvis afgive svar inden for maksimalt 5 hverdage.
- Risikoen for at lægen ikke foretager en korrekt vurdering. Hvis lægen vurderer, at henvendelsen kan besvares elektronisk, er lægen undergivet lovgivningens sædvanlige krav om omhu og samvittighedsfuldhed. Det følger af det tidligere Patientklagenævns (nu Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns) praksis, at en læge har lov at skønne forkert, men at skønnet skal være foretaget på et relevant grundlag. Det kan i en konkret situation betyde, at Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn finder, at lægen ikke har stillet relevante supplerende spørgsmål til patienten, inden patientens henvendelse blev besvaret.

- Risikoen for at et vigtigt svar ikke kommer frem til patienten. Vigtige/alvorlige svar bør ikke gives elektronisk, men der bør sendes en elektronisk meddelelse om, at patienten skal henvende sig til lægen. Hvis patienten ikke henvender sig, har lægen pligt til at kontakte patienten på anden måde.

Lægens hjemmeside

Elektronisk henvendelse til lægen skal ske via lægens web-side. Herved sikres en struktureret henvendelsesform, f.eks. sådan at patienten anmodes om at udfylde en elektronisk formular med standardiserede oplysninger (navn, cpr-nr. og eventuelt andre oplysninger). Web-siden bør være i et format, så henvendelsen går direkte ind i lægesystemet og lagres i lægens elektroniske journal. Det skal være muligt for patienten at afbestille en allerede fremsendt anmodning om e-konsultation.

Nødvendig patientinformation

Hjemmesiden skal indeholde den nødvendige information til patienten om, hvilke henvendelser der egner sig til e-konsultation, og om svarfrister og ansvar, jf. ovenfor.

8. E-KONSULTATION, YDELSE 0105

Der er mulighed for e-konsultationer, når der er tale om enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side, jf. nedenfor.

Lægen skal dog være meget opmærksom på, at e-konsultationen adskiller sig fra en telefonkonsultation derved, at det ikke er muligt for lægen at føre en direkte dialog med patienten og derved skabe sig et nuanceret billede af problemstillingen. Et væsentligt problem er, at patienten ikke – som ved personlig kontakt – umiddelbart kan få afklaret de supplerende spørgsmål, som lægens svar afføder. Endvidere er det sværere for lægen at nuancere sit svar.

En e-konsultation bør kunne gennemføres ved ét kort spørgsmål fra patienten og ét kort svar fra lægen.

Forudsætningerne for anvendelse af e-konsultation er:

- at lægen leverer en ydelse af samme faglige kvalitet som ved ydelser, der leveres pr. telefon eller i konsultationen, og
- at kommunikationen via elektroniske meddelelser ikke medfører et urimeligt stort tidsforbrug for lægen set i forhold til den tid, der an-

vendes til kommunikation, som foregår pr. telefon eller i konsultationen.

Såfremt blot en af disse forudsætninger ikke er opfyldt, bør patientens henvendelse ikke besvares via e-konsultation.

Med hensyn til hvilke ydelser, der på relevant måde kan udføres som e-konsultation, kan foretages følgende negative afgrænsning:

- Medicinske problemstillinger, som kræver en fysisk undersøgelse, kan selvsagt ikke udredes via e-konsultation.
- Akutte problemstillinger, som kræver hurtig lægelig vurdering, er ikke egnede, allerede fordi der ikke er sikkerhed for, hvornår lægen ser henvendelsen.
- Tilstande af blot en smule kompleksitet er ikke egnede. Det er vanskeligt for lægen at foretage en korrekt vurdering alene på grundlag af en skriftlig beskrivelse. Desuden vil det ofte være nødvendigt for lægen at stille uddybende spørgsmål til patienten.

E-konsultation omfatter også svar på laboratorieundersøgelser, der sendes efter aftale med patienten.

Der honoreres ikke for:

- lægens svar på patientens eventuelle supplerende spørgsmål,
- lægens afvisning af patientens anmodning om e-konsultation,
- tidsbestilling, eller
- receptfornyelse, der ikke kræver en fornyet lægelig vurdering.

Elektronisk tilgængelighed

Det er vigtigt via information på lægens hjemmeside at justere patienternes forventninger om, hvad e-konsultationstilbuddet indebærer.

Svartiden kan sædvanligvis være maksimalt 5 hverdage. Lægen informerer om forventet svartid.

Såfremt en patient ikke kan forvente lægens svar, f.eks. på grund af lægens ferie og lignende fravær, skal systemet oplyse patienten herom i forbindelse med anmodningen.

Der skal være mulighed for at blokere for elektroniske henvendelser, eller alternativt viderestilling af elektroniske henvendelser til en kollega.

Det anbefales, at lægen sætter en begrænsning for størrelsen af den elektroniske henvendelse (antal ord). Det anbefales endvidere, at lægen tager stilling til, om det skal være muligt at vedhæfte tekst eller billeder.

9. GENERELT OM ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEMLÆGE OG KOMMUNENS PLEJEPERSONALE

Overenskomstens udgangspunkt er, at den enkelte læge vælger om elektronisk kommunikation med kommunens plejepersonale (hjemmeplejen/plejehjem mv.), der handler på patientens vegne, helt eller delvis skal være en del af praksis' tilbud.

Med henblik på at facilitere overgangen til elektronisk kommunikation mellem en kommune og kommunens praktiserende læger, har overenskomstparterne imidlertid udarbejdet "Rammeaftale om e-kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger". Rammeaftalens afsnit A vedrører e-konsultation mellem lægen og kommunens plejepersonale, der handler på patientens vegne

Rammeaftalen kan bringes til at gælde i de enkelte kommuner efter behandling og enighed herom i det kommunalt-lægelige udvalg. Bringes rammeaftalen i anvendelse, orienteres samarbejdsudvalget, jf. rammeaftalens bestemmelser herom.

Når rammeaftalen er vedtaget i det kommunalt-lægelige udvalg anses den for en integreret del af overenskomst om almen praksis og forpligter således både kommunen og kommunens praktiserende læger efter sit indhold.

E-konsultationer honoreres med ydelse 0105, jf. overenskomstens § 56. Betingelser for honorering mv. fremgår af overenskomstens § 95. Dette gælder uanset, om rammeaftalen om e-kommunikation er indgået.

Hvis hjemmeplejen/plejehjemmet ønsker yderligere dokumentation tilsendt elektronisk, efter patienten har modtaget en ydelse efter overenskomsten (telefonkonsultation, konsultation, besøg mv.), er dette en ekstra ydelse, der ikke er omfattet af overenskomsten. Der kan i denne situation ikke afregnes med ydelse 0105. Lægen må i givet fald fremsende afregning til rekvirenten.

Kommunikation mellem læge og kommunens administrative personale

Elektronisk kommunikation mellem lægen og kommunens administrative personale honoreres ikke efter denne overenskomst.

10. ABORTSTØTTESAMTALE, YDELSE 0122

Der kan afholdes én støttesamtale før og én støttesamtale efter et abort-indgreb/fosterreduktion. Ydelsen kan ikke tilbydes til mænd.

0122 er en grundydelse. Ydelsen kan ikke gennemføres samme dag som tillægsydelse 2143 (vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse/fosterreduktion og/eller sterilisation).

Støttesamtalen forud for indgreb skal i det omfang det er muligt forsøge at klarlægge, hvorfor kvinden ønsker svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion. Samtalen skal tage udgangspunkt i kvindens aktuelle livssituation, herunder kvindens evt. tidligere erfaringer med abort, overvejelser om psykiske reaktioner, familieforhold, muligheder for støtte fra venner og familie, økonomiske forhold, arbejdsmæssige/uddannelsesmæssige forhold. Støttesamtalen skal hjælpe kvinden til at afklare sit valg, men skal ikke søge at påvirke valget.

Støttesamtalen efter et indgreb skal støtte kvinden til at komme igennem eventuelle psykiske gener som følge af indgrebet. Et integreret element i samtalen kan være vejledning om de forskellige præventionsmidler kvinden kan anvende for at undgå fremtidige uønskede graviditeter.

Ved svangerskabsafbrydelser efter 12. uge bør kvinden oplyses om muligheden for at kunne blive henvist til akut psykologhjælp både før og efter indgrebet, med tilskud fra det offentlige.

11. SAMTALETHERAPI, YDELSE 6101

Samtaleterapi anses honoreringsmæssigt for en grundydelse. Til grundydelsen kan i relevante tilfælde knyttes tillægsydelse 2149, psykometrisk test samt tillæg ved brug af kvalificeret tolk ydelse 2161 jf. nedenstående vejledning. Samtaleterapiydelsen kan ikke kombineres med andre ydelser, heller ikke 0101. Der kan ikke gennemføres flere ydelser på samme patient samme dag.

Ydelsen er beregnet til et forløb, og det er ikke muligt at bruge samtaleterapi som enkeltstående ydelse. Gennemføres en længere enkeltstående

samtale med en patient, honoreres dette som en almindelig konsultation. Hvis det efter 6 måneder viser sig, at en afregnet 6101 ikke har været efterfulgt af mindst yderligere en 6101 til samme patient, har betingelserne for at honorere ydelsen samtaleterapi således ikke været opfyldt, og regionen kan konvertere ydelsen til en konsultationsydelse 0101 med tilbagevirkende kraft.

Læger kan ikke tilbyde samtaleterapi til patienter, der er tilmeldt andre læger.

Honorering for ydelsen forudsætter, at den er udført af en læge. For at benytte ydelsen, skal denne på forhånd være aftalt mellem læge og patient.

Ydelsen skal indeholde egentlig samtaleterapi med anvendelse af relevante samtaleteknikker. Kravet til omfanget af deltagelse i supervisionsmøder er bestemt af de kompetencer om samtaleterapi og de herved tilknyttede samtaleteknikker, som lægen erhverver sig og vedligeholdelsen af disse.

Øvrige krav til samtaleterapiydelsen er beskrevet i overenskomstens § 59. For så vidt angår kravet om ICPC-kodning er PLO og RLTN er enige om, at kravet skal forstås sådan, at der skal ICPC-kodes med henvendelsesårsag *eller* indikation.

12. GENERELT OM ANVENDELSE AF KLINIKPERSONALE

Ved konsultation, telefonkonsultation, e-konsultation, og sygebesøg efter overenskomsten, kan klinikpersonale selvstændigt udføre visse undersøgelser og behandlinger, herunder give råd og vejledning, uden at opgaverne skal forudgås eller efterfølges af en direkte lægelig kontakt. En konsultation ved klinikpersonale skal patienten opleve som led i et sammenhængende forløb med høj faglig kvalitet. Patienten skal opleve god service og praksisdriften skal rationaliseres.

Øget brug af klinikpersonale kan f.eks. bestå i, at klinikpersonalet på foranledning af lægen kan udføre en række undersøgelser og behandlinger, eksempelvis blodtryksmåling, sårbehandling/sårskifte, vortebehandling og diabetesrådgivning, som ikke i den konkrete situation nødvendiggør lægens aktuelle medvirken.

Receptfornyelse er ikke et selvstændigt kompetenceområde for klinikpersonale. Det anbefales, at den enkelte praksis udarbejder en skriftlig instruks vedrørende procedurer for receptfornyelse.

Det er en forudsætning, at de foretagne undersøgelser og behandlinger ligger inden for overenskomstens ydelser. Klinikpersonalet kan levere ydelser både i konsultationslokalet og på sygebesøg.

Det er ligeledes en forudsætning, at de undersøgelser og behandlinger, som udføres af klinikpersonale, foregår på lægens ansvar, og at det er lægen, der ordinerer indsatsen i forhold til den enkelte patient. Dog kan der være enkelte situationer, hvor den indledende behandling er iværksat af andre læger, og hvor det ligger inden for lægens generelle bemyndigelse af klinikpersonalet at foretage indsatsen. Dette kan eksempelvis være suturfjernelse, hvor patienten af sygehuset henvises til at få fjernet sutur i almen praksis.

Hvis en efterfølgende behandling/undersøgelse udføres af klinikpersonalet i en konsultation, kan dette medføre et honorar for både konsultation og en eventuel tillægsydelse og/eller laboratorieydelse. Eksempelvis vil klinikpersonalets selvstændige udførelse af sårbehandling eller blodtryksmåling medføre en konsultation, mens klinikpersonalets selvstændige blodprøvetagning vil medføre både en konsultation og en tillægsydelse.

Der forudsættes ingen ændringer af honoreringen i de tilfælde, hvor lægen udfører en konsultation og klinikpersonalet i tilknytning hertil udfører en tillægsydelse og/eller laboratorieundersøgelse. Dette medfører som hidtil én konsultation samt en tillægsydelse og/eller laboratorieundersøgelse.

Det er lægens ansvar, at det pågældende klinikpersonale har den fornødne fagkundskab til at udføre ydelserne og herunder har modtaget den fornødne undervisning.

13. GENERELT OM MEDICINORDINATION

Medicinordination ved receptfornyelse.

Ved receptfornyelse forstås en uændret genudstedelse af en recept, uden at det har været nødvendigt med en konsultation eller telefonkonsultation. Receptfornyelsen omfatter lægens eller dennes klinikpersonales kontrol i journalen for at sikre, at der er tale om en genudstedelse, og at tidspunktet stemmer med tiden for tidligere ordination.

Udstedelse af recept kan ske elektronisk, telefonisk, ved telefax eller nedskrevet til udlevering til patienten eller dennes hjælper.

Receptfornyelser honoreres ikke.

Anden medicinordination

Hvis ordination af medicin indebærer, at der skal udøves et (fornyet) lægeligt skøn, er der ikke tale om en receptfornyelse, men om en konsultation, telefonkonsultation eller e-konsultation.

Dette gælder også i forbindelse med genudstedelse af recept på medicin, der tidligere er ordineret til den pågældende patient, hvis lægen i forbindelse med genudstedelsen foretager en kontrol af patientens helbredstilstand eller en vurdering af behovet for overgang til andre præparater.

Ligeledes er der tale om en konsultation, telefonkonsultation eller e-konsultation, enten over lægens webside eller via medicin modulet med hjemmeplejen, i forbindelse med hver udstedelse af recept på afhængighedsskabende lægemidler, der kun kan udleveres én gang på hver recept, og hvor fornyet udstedelse af recept kræver en fornyet lægelig vurdering (ikke-reiterbare recepter).

14. TILLÆGSYDELSER I HENHOLD TIL OVERENSKOMSTENS § 57

Mange af tillægsydelseerne kan ikke defineres skarpt eller entydigt. Anvendelsen må her hvile på et rimeligt skøn inden for de givne rammer ved at sammenholde honorarets størrelse med omfanget af den givne behandling.

Tillægsydelser anvendes, hvor diagnostiske eller behandlingsmæssige procedurer er så krævende med hensyn til kompetence, tid og andre ressourcer, at disse af overenskomstens parter anses for at ligge ud over indholdet i en konsultation eller en anden kontaktydelse, og hvor overenskomstens parter ønsker at tilskynde til, at den givne ydelse leveres i almen praksis.

Tillægsydelser er således knyttet til konsultationer, sygebesøg og i begrænset omfang til andre kontaktydelser. En tillægsydelse kan derfor ikke gives, uden den er knyttet til en af disse ydelser.

Ved samme konsultation eller sygebesøg mv., kan der gives flere tillægsydelse, hvis dette er relevant i forhold til den givne diagnostik og behandling.

Tillægsydelser kan anvendes i såvel dagtid som i vagttid.

2101/2601. Blodtagning fra blodåre

Ydelse 2101 afregnes ved blodprøvetagning, når prøven uden anden behandling sendes til Statens Serum Institut eller godkendt laboratorium.

Sendes blodprøven til flere forskellige steder, afregnes med én ydelse pr. forsendelsessted. Tillægsydelsen er uafhængig af antallet af rekvirerede analyser. Sendes prøverne i flere glas (f.eks. fuldblod og serum), men til samme forsendelsessted kan der kun beregnes én tillægsprøve 2101.

Hvis der i regionen er indgået en aftale i henhold til "Rammeaftale om iværksættelse af tillægsydelser efter beslutning i regionerne," kan tillægsydelsen 2601 anvendes i stedet for 2101, såfremt blodprøvetagningen inkluderer præparation og centrifugering pr. forsendelse. Ydelserne 2101 og 2601 kan, under forudsætning af at blodprøven er omfattet af en rammeaftale, forekomme samtidig, når forsendelsen sker til to forskellige steder.

Anvisninger fra det pågældende forsendelsessted følges.

2102. Udtagning af prøve fra livmodermund og –hals til cytologisk undersøgelse inklusiv forsendelse

Ydelsen kan kun anvendes i forbindelse med screening for livmoderhalskræft og efter de retningslinier, der er aftalt i regionen og tiltrådt af samarbejdsudvalget.

Kan anvendes på kvinder, der har fået fjernet hele livmoderen inklusiv portio, hvis disse i øvrigt opfylder de gældende retningslinier for screening.

Ydelsen bør almindeligvis ikke anvendes hyppigere end de anbefalede intervaller. Rekommandationerne kan variere fra region til region.

Smear er uegnet ved gynækologiske symptomer (f.eks. inflammatoriske tilstande og maligne forandringer). Ved mistanke om maligne forandringer, skal der foretages kolposkopi.

Prøven skal være taget fra både ektocervix (spatel/vatpind) og endocervix (cytobørste), eller der kan anvendes en kombinationsteknik f.eks. combi-børste.

Prøven skal være velfikseret.

Der skal være en entydig identifikation af prøvemateriale og rekvisition.

2104. Blærekaterisation

Ved blærekaterisation afregnes med ydelse 2104, uanset om katerisationen foregår på en mand eller en kvinde.

Udgiften til kateter indgår ikke i ydelsen (afregnes særskilt med region/kommune).

Ydelsen kan anvendes både i diagnostisk og i terapeutisk øjemed.

Fjernelse af eksisterende kateter med indlæggelse af et nyt kateter giver ret til ydelsen.

Ved blærekaterisation skal aseptiske forholdsregler følges nøje:

- Grundig afvaskning
- Sterilt kateter
- Sterile handsker
- Eventuel anvendelse af lokalbedøvende salve

2105. Fjernelse af fremmedlegeme fra øje, øregang, næse og svælg

Ved fremmedlegemer forstås udefra kommende genstande, hvis tilstedeværelse skyldes en accidentel hændelse eller er selvpåført i øjne, svælg, næse, ører.

Ydelsen kan kun afregnes én gang, uanset om der i samme konsultation fjernes et eller flere fremmedlegemer.

Sugning for bihulebetændelse er ikke omfattet af ydelsen.

2107. Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl

Ved fremmedlegemer forstås udefra kommende genstande, hvis tilstedeværelse skyldes en accidentel hændelse eller er selvpåført under hud eller negle.

Ydelsen kan kun afregnes én gang, uanset om der i samme konsultation fjernes et eller flere fremmedlegemer, hvis det er i samme region.

Der kan ske flere afregninger, såfremt der fjernes fremmedlegemer i forskellige regioner.

Ydelsen gælder ikke suturfjernelse eller fjernelse af spiral.

2108. Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk

Ydelse 2108 afregnes ved næsetamponade, uanset om der benyttes forreste eller bageste tamponade.

Der gives kun én ydelse, uanset om der lægges tamponade i begge næsebor.

Ved behandlinger, hvor det ikke lykkes at stoppe blødningen, er lægen berettiget til honorar ved dette, ligesom ved senere forsøg.

2109. Anlæggelse af immobiliserende bandager

Immobiliserende bandager omfatter bandagering over mindst ét led ved anvendelse af gips, skinner, elastikbind eller tensoplast.

Anlæggelse af tubigrip eller sportstape, der ikke er led i en behandling, berettiger ikke til afregning med ydelse 2109.

Første behandling af skinnebenssår med bandagering kan berettige til såvel afregning med ydelse 2112 (første behandling af større sår) og med ydelse 2109.

Efterfølgende behandlinger for f.eks. skinnebenssår afregnes kun med ydelse 2109.

2111. Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led

Ydelsen kan ikke anvendes ved efterfølgende behandlinger af samme knoglebrud.

Omfatter knoglebrud, der ikke er omfattet af ydelsen 2122 (skinneben, lår, over- eller underarm).

Kan f.eks. omfatte reposition og fiksation af bruddet eventuelt med henblik på transport til videre behandling på sygehus.

Ved ledskred forstås luksation og subluksation, dvs. hvor ledender har bevæget sig ud af sit naturlige leje med heraf følgende ophørt eller nedsat bevægelighed i leddet.

Ved mindre ledskred forstås sådanne, der ikke er omfattet af ydelsen 2123 (fod, knæ, hofte, albue eller skulder).

Ydelsen kan anvendes, når leddets funktion (mobilitet) er genetableret. Behandling af mindre ledskred i ryggen, subluksation, med manipulation kan være omfattet, men det forudsætter, at resultatet sandsynliggør, at der var tale om et ledskred. Manipulationsbehandling er ikke i sig selv omfattet.

2112. Første behandling af større sår

Der er ikke nogen skarp definition på, hvad et "større sår" er. Det er dog en ydelse, der er så omfattende, at den ikke kan forventes givet inden for en almindelig konsultations rammer.

Herved forstås oprensning af såret, fjernelse/afklipning af nekrotisk væv for at sikre vitale sårrande og suturering eller anden adaptering af sårrande (f.eks. Histoacryl).

Efterfølgende sårrevision er ikke omfattet af denne ydelse, men honoreres med konsultationshonorar.

2113. Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog inklusiv forsendelse

Vævsprøve udtaget af hud eller underliggende væv eller andre organer, der sendes til diagnostisk undersøgelse. Tages der flere biopsier fra forskellige regioner, eller flere biopsier fra samme proces, kan ydelsen afregnes flere gange.

Ydelsen kræver forsendelse. Hvis biopsien analyseres i eget laboratorium, er den ikke omfattet af ydelsen.

2115. Fjernelse af negl

Neglen skal være fikseret i sit leje, således at det kræver et kirurgisk indgreb under lokalbedøvelse at fjerne neglen.

Der gives en tillægsydelse for hver negl, der fjernes.

Såfremt der yderligere gøres rekonstruktivt indgreb ved nedgroet negl (f.eks. fjernelse af neglevold), skal ydelsen 2121 anvendes i stedet.

2117. Fjernelse af subkutane eller dybere liggende svulster inklusiv eventuel forsendelse

Hudtumorer er omfattet, såfremt man ønsker at fjerne tumor i sundt væv til siderne og i dybden.

Hvis materialet sendes til patolog, er forsendelse omfattet af ydelsen.

Der kan forekomme flere ydelser, såfremt der sker fjernelse i flere separate områder.

Forsendelse er ikke nødvendig for, at ydelsen kan benyttes (f.eks. ved atheromer og lipomer).

Fjernelse af en vorte kan kun udløse 2117, såfremt dette er foregået ved total fjernelse/afskæring og dybdebehandling af større vorte med skarpe eller skalpel efter forudgående lokalanæstesi. Overfladebehandling af vorter med frysning, pensling eller lignende honoreres ikke.

2118. Operation for dybereliggende betændelse

Der skal være tale om et (mindre) kirurgisk indgreb, der omfatter betændelse i subcutane eller dybereliggende væv og med udtømning eller åbning til absces (byld) eller betændelsesvæv.

Skylning af en kavitet, herunder skylning af kæbehule, er ikke omfattet af en tillægsydelse.

2119. Tapning af væskeansamling fra større led

Ved større led forstås leddene fra håndled til skulderled og fra fodled til hoftelod.

Ved tapning forstås, at al eller så meget af væskeansamlingen som mulig fjernes.

Ydelsen kan kun anvendes i terapeutisk øjemed.

Hvor der også ønskes en analyse af ledvæsken på laboratorium eller ved patolog, er forsendelse inkluderet i ydelsen.

Ydelsen kan ikke anvendes hvor der udelukkende er tale om injektion i leddet (indsprøjtning).

2120. Venesection tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande

Ydelsen kan kun anvendes i terapeutisk øjemed som led i en behandling igangsat af hospitalsafdeling eller speciallæge eller ved livstruende tilstande, der kræver øjeblikkelig venesection (åreladning).

Tapning af blod med henblik på forsendelse og analyse er således ikke omfattet.

2121. Andre betydelige operationer

Herved forstås operative indgreb, der ikke er omfattet af andre tillægsydelse, og som kræver en procedure (f.eks. bedøvelse, afdækning, assistance af personale) og har et sådant omfang, at ydelsen ikke kan leveres inden for rammerne af en normal konsultation.

Eksempelvis er vabratio omfattet af ydelsen. Finnålsbiopsi er ikke omfattet af denne ydelse (2113 kan i stedet benyttes her).

2122. Første behandling af brud af skinneben, lår, over- eller underarm

Ydelsen kan ikke anvendes ved efterfølgende behandlinger af samme knoglebrud eller ledscred.

Mindre knoglebrud, dvs. eksklusiv skinneben, lår, over- eller underarm, er ikke omfattet af ydelsen. I stedet kan anvendes ydelsen 2111.

Første behandling kan f.eks. omfatte reposition og fiksatation af bruddet eventuelt med henblik på transport til videre behandling på sygehus.

2123. Reposition af store ledeskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder

Reposition anvendes, hvor der foreligger luksation eller subluksation, dvs. hvor ledender har bevæget sig ud af sit naturlige leje med heraf følgende ophørt eller nedsat bevægelighed i leddet.

Ydelsen kan anvendes, når leddets funktion (mobilitet) er genetableret.

Kan ikke anvendes ved mindre ledeskred end de her anførte. I stedet kan eventuelt anvendes ydelse 2111.

2124. Behandling af store udbredte læsioner eller forbrændinger

Herved forstås, at læsionerne eller forbrændingerne har et sådant omfang, at ydelsen ikke kan gennemføres indenfor en normal konsultations rammer.

Efterfølgende forbindsskift er ikke omfattet af ydelsen.

Der kan være flere ydelser, hvis læsionerne eller forbrændingerne omfatter flere større regioner (hoved/hals, arme, ben, abdomen, bryst, ryg).

2125. Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande

Herved forstås aktiv genoplivning (hjertestop eller respirationsstop) såsom hjertemassage, el-stød eller inflation af ilt (f.eks. mund-til-næse eller anvendelse af Rubens pose).

Ved samtidig eller efterfølgende patientledsagelse i ambulance anvendes desuden ydelsesnummer 2201 (dagtid) eller 2502 (vagttid).

2131. Ligsyn med udstedelse af dødsattest (side 1 og side 2)

Ydelsen kan kun anvendes ved udfyldelse af godkendt formular (Sundhedsstyrelsen).

Ligsyn uden attest er ikke omfattet.

Der ydes tillige normalt honorar for sygebesøg.

2134. Ligsyn kun med udfyldelse af dødsattestens side 1

Ydelsen kan kun anvendes ved udfyldelse af godkendt formular (Sundhedsstyrelsen).

Ligsyn uden attest er ikke omfattet.

Der ydes tillige normalt honorar for sygebesøg.

2135. Udfyldelse af dødsattestens side 2 inklusiv forsendelse

Ydelsen kan kun anvendes ved udfyldelse af godkendt formular (Sundhedsstyrelsen).

Der ydes tillige normalt honorar for konsultation.

2136. Anoscopi

Der anvendes et anoskop samt lyskilde.

Anoscopi bør foretages hos alle patienter med frisk rød blødning for at afklare eventuel blødningsårsag i analkanalen.

2137. Udtagelse og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumper

Afdøde, der har implanteret en stimulator (fx pacemaker) eller en pumpe (f.eks. Baclofenpumpe), skal have denne fjernet inden begravelsen/ligbrændingen.

Ydelse 2137 omfatter fjernelse af stimulator eller pumpe på afdøde og inkluderer forsendelse af denne til den hospitalsafdeling, der har indlagt den, med oplysning om fra hvem, den er fjernet.

Tillægsydelsen kan maksimalt anvendes to gange, hvis der fjernes mere end ét implantat.

2133. Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver

Denne ydelse anvendes, når materialet indsendes til mikrobiologisk laboratorium, herunder når der indsendes urin til undersøgelse for mikroalbuminuri og podning. Sidstnævnte indsendelse sker på mistanke om nyresygdom og ved årlig screening hos patienter med diabetes.

Ydelsen kan således ikke anvendes, hvor den videre diagnosticering foregår i eget laboratorium.

Der afregnes én ydelse pr. prøve, der indsendes. Indsendes således flere prøver, afregnes der pr. prøve.

2138. Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema

Anvendelsen af ydelsen forudsætter, at lægen udleverer væske- og vandladningsskema og instruerer patienten i udfyldelsen heraf i overensstemmelse med de retningslinier, der er angivet i DSAM's kliniske vejledning: "Udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder" fra 2009.

Skemaet ses i vejledningen eller kan downloades fra DSAM's hjemmeside www.dsam.dk>DSAM-vejl.

2141. Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende teknik

Anvendes ved kontrol af en igangværende svangerskabsforebyggende teknik.

Såfremt der skiftes til anden teknik skal ydelse 2142 anvendes.

Inkluderer f.eks. samtale samt eventuel gynækologisk undersøgelse, måling af BT.

Hvor patienten ikke er tilmeldt lægen og i regioner, hvor der ikke foreligger et alternativt vejledningstilbud til familielægens tilbud, skal ydelse 8293 anvendes i stedet for ydelserne 0101 og 2141.

2142. Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik

Omfatter en rådgivning, der inkluderer oplysning om fordele, ulemper og bivirkninger ved de(n) mulige teknik(ker) samt eventuel gynækologisk undersøgelse og måling af BT.

Skift fra et hormonpræparat til et andet indenfor samme præparatgruppe er ikke omfattet af denne ydelse. Man skal i stedet anvende 2141.

Ved indlæggelse af spiral anvendes ydelse 2144.

Hvor det er indiceret, kan ydelse for f.eks. podning, mikroskopi eller urinundersøgelse tillige anvendes.

Hvor patienten ikke er tilmeldt lægen og i regioner, hvor der ikke foreligger et alternativt vejledningstilbud til familielægens tilbud, skal ydelse 8291 anvendes i stedet for ydelserne 0101 og 2142.

2143. Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation

Omfatter en rådgivning/vejledning, der inkluderer oplysning om fordele, ulemper og bivirkninger ved indgrebet for både mænd og kvinder samt de muligheder, der foreligger ved gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel. Desuden omfatter det en undersøgelse.

Ved vejledning om svangerskabsafbrydelse/fosterreduktion skal der endvidere mundtligt og skriftligt vejledes om kvindens mulighed for at modtage støttesamtaler før og efter indgrebet. Den skriftlige vejledning gives ved at udlevere pjecen "Hvis du overvejer abort." Pjecen kan bestilles hos Komitéen for Sundhedsoplysning.

Afsluttes konsultationen med et ønske om abort, skal kvinden underskrive en erklæring om, at hun har fået ovenstående vejledning og rådgivning. Erklæringen skal indsendes til den afdeling, der skal foretage indgrebet.

Eventuelle laboratorieundersøgelser honoreres særskilt.

2144. Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral

Omfatter såvel vejledningen (fordele, ulemper, bivirkninger), som selve indlæggelsen af spiral.

Klamydia-podning bør foretages og afregnes særskilt.

Udgiften til spiralen er ikke omfattet af ydelsen. Den afholdes af patienten.

Hvor patienten ikke er tilmeldt lægen og i regioner, hvor der ikke foreligger et alternativt vejledningstilbud til familielægens tilbud, skal ydelse 8292 anvendes i stedet for ydelserne 0101 og 2144.

2146. Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling

Indikationer for anvendelse af ydelsen er:

- Patienter, hvor der foreligger mistanke om hypertension ved to eller flere forhøjede konsultationsblodtryk (BT større end 140/90).
- Behandlingsresistent hypertension.
- Behandlingskontrol ved meget svingende konsultationsblodtryk.
- Der er ingen alders- eller kønsbestemte grænser.

Ydelsen er en tillægsydelse, der anvendes i forbindelse med den konsultation, hvor instruktion gives og apparaturet udlånes.

Patienten skal gennemføre mindst 3 målinger daglig i 3-4 dage.

Det udlånte apparatur til hjemmeblodtryksmåling til patienten skal være et kalibreret apparatur med hukommelse og/eller printer ledsaget af instruktion i anvendelsen.

Det anvendte apparatur skal være testet og godkendt i henhold til de kriterier, der er opstillet af The American Association for The Advancement of Medical Instrumentation eller The British Hypertension Society.

Bemærkninger:

Hjemmeblodtryksmåling erstatter ikke blodtryksmåling i konsultationen, men hjemmeblodtryksmåling er en metode, der højner kvaliteten af såvel diagnostik som kontrol af sygdommen forhøjet blodtryk. Endvidere kan man med metoden diagnosticere såkaldt "white-coat hypertension"; en tilstand, hvor blodtrykket måles falsk forhøjet i lægens konsultation, men sygdommen hypertension ikke foreligger. For at udføre undersøgelsen kvalitetsmæssigt relevant er der visse forhold, der bør iagttages.

Der bør kun anvendes godkendt apparatur jf. ovenfor.

Der bør udføres årlig kalibrering af apparaturet.

Der bør foretages tre simultanmålinger af blodtrykket med hjemmeblodtryksapparatet og lægens sædvanlige blodtryksapparat. Forskellen i disse målinger bør ikke overstige 9 mm hg. I så fald bør apparatet kontrolleres med hensyn til funktionsduelighed, manchetplacering osv. Kan differencen ikke elimineres, bør hjemmeblodtryksmåling ikke gennemføres.

De sædvanlige retningslinier for manchetstørrelse, valg af arm, forudgående hvile osv. bør følges.

Under forudsætning af at ovennævnte retningslinjer overholdes, må metoden formodes dels at afsløre et ikke ubetydeligt antal patienter med "white-coat hypertension" og dermed medføre en besparelse til ofte livslang medicinsk behandling, dels at flere patienter får beskrevet en bredere blodtryksprofil, som giver mulighed for en optimering af deres behandling.

For yderligere information henvises til DSAM's "Vejledning om hjemmeblodtryksmåling" fra 2009.

2149 Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests

Tillægsydelsen skal anvendes til diagnosticering og monitorering af demens, angsttilstande og depression.

Anvendelse af psykometrisk test på andre sygdomsgrupper vil forudsætte anbefaling fra almenmedicinske faglige miljøer.

Indtil nye anbefalinger er fremkommet fra de almenmedicinske faglige miljøer, vil MMSE test og "urskivetest" kunne anvendes vedrørende demens. Vedrørende unipolar depression kan ICD10, MDI (Major Depression Inventory), Hamiltons depressionsskala og GDS (Geriatric Depression Scale) anvendes. Vedrørende angsttilstande kan ASS (Angst Symptom Spørgeskemaet) og Hamiltons Angstskaala anvendes. Når der foreligger en ny anbefaling fra de almenmedicinske faglige miljøer, vil denne umiddelbart kunne anvendes.

Tillægsydelsen kan anvendes sammen med konsultation (0101) og med Aftalt specifik forebyggelsesindsats (0120) samt med samtaleterapi (6101).

Såfremt der udføres flere tests, kan tillægsydelsen honoreres 2 gange ved samme konsultation.

Tillægsydelsen kan udføres ved klinikpersonale.

2161. Tillæg til ydelse af lægehjælp (konsultation eller aftalt specifik forebyggelsesindsats) hvor der anvendes kvalificeret tolk

Ved kvalificeret tolk forstås en person, som regionen har godkendt, og som behersker såvel patientens modersmål som dansk på rimeligt niveau. Regionen meddeler lægerne, hvilke tolke/tolkebureauer der betragtes som kvalificerede.

Udgifter til tolkebistand betales af regionen i henhold til gældende regler.

15. LABORATORIEUNDERSØGELSER I HENHOLD TIL OVERENSKOMSTENS § 69

Resultatvariation

For visse undersøgelser er der angivet en relativ usikkerhed (CV %) på resultatet.

Denne usikkerhed eller variation inkluderer bidrag fra følgende kilder:

1. Intraindividuel dag til dag biologisk variation i den undersøgte egenskab hos et raskt menneske.
2. Teknisk usikkerhed (fra prøvetagning, prøvebehandling og analyse)

En angiven CV på 5 % angiver at den sande (steady state) værdi – med 66 % sandsynlighed - ligger i intervallet +/- 5 % rundt om det målte resultat.

Kvalitetskontrol

Enhver analyse bør kun udføres hvis den overvåges af systematisk kvalitetssikring.

Alle undersøgelser kræver rutine og uddannelse samt deltagelse i regelmæssig kvalitetssikring.

7101. Urinundersøgelse ved stix.

Vejledning ikke udarbejdet.

7105. Dyrkning af biologisk materiale – Bakterier og andet

Dyrkning af urin:

Fysiologiske forhold

Urinen er normalt steril. Ved urinvejsinfektion (UVI) findes bakterier og leucocytter i urinen.

Indikation

Mistanke om urinvejsinfektion. Screening af gravide for asymptomatisk bakteri. Kontrol efter behandling af UVI. Rutinemæssig dyrkning af urin fra patienter med kronisk blærekateter er ikke indiceret.

Beslutningsgrænser

Ved urindyrkning vurderes mængden og arten af bakterier: $\geq 10^5$ bakterier pr. ml er signifikant. Hos kvinder med symptomer på ukompliceret cystitis (dysuri og pollakisuri) nedsættes signifikansgrænsen for E. coli og Staphylococcus saprophyticus til $\geq 10^3$ pr. ml. Ved vurdering af arten af vækst skelnes mellem renkultur og blandet kultur. Blandet kultur kan være udtryk for tilblanding fra urethra eller vagina.

Prøvetagning/materiale

Friskladt midtstråleurin. Afvaskning anbefales ikke rutinemæssigt. Vigtigt er midtstråleprincippet for at undgå tilblanding af bakterier fra urethra og vagina.

7108. Hæmoglobin

Fysiologiske forhold

Hæmoglobin (Hb) i erythrocytter er et molekyle som binder blodets indhold af ilt og således sikrer ilttransporten frem til vævene.

Indikationer

Ydelsen benyttes ved mistanke om og kontrol af anæmi og polycytæmi. Lave værdier (anæmi) kan skyldes blødning og hæmolytiske tilstande, samt defekt erythrocyt produktion for eksempel på grund af jernmangel, svær kronisk sygdom, defekt knoglemarv, folin- og cobalaminmangel, kronisk nyreinsufficiens med videre.

Høje værdier ses ved polycytæmi såvel patologisk (bl.a. polycytæmia vera) som fysiologisk (bjergboere, kronisk lungesygdom) og ved doping hos idrætsfolk.

Beslutningsgrænser

Referenceintervaller (kan variere afhængigt af laboratoriets analysemetode):

Analyseresultatets dag til dag variation er for veneprøve: 4 % og kapillærprøve 7 %

Børn: (nyfødte) 9,0-15,0 mmol/l; (1 måned – 1 år) 6,0-10,0 mmol/l; (1-7 år) 6,5–9,0 mmol/l;

Kvinder: 7,0-9,5 mmol/l

Mænd: 8,0-10,5 mmol/l

Prøvetagning/materiale

Hæmoglobin kan bestemmes på både kapillært og venøst blod. Ved bestemmelse på kapillært blod bør anvendes finger og ikke øre som prøvetagnings sted, da der er bedst overensstemmelse mellem hæmoglobin målt på veneblod og på fingerkapillærblod.

7109. Svælg – Streptokokantigen

Fysiologiske forhold

Omkring en tredjedel af akutte tonsillitter forårsages af hæmolytiske streptokokker gruppe A. Nogle få procent er asymptomatiske bærere af disse bakterier i svælget.

Indikationer

Akut tonsillitis

Beslutningsgrænser

Påvisning af streptokokantigen tyder på streptokokangina. Sensitivitet og specificitet afhænger af hvilket fabrikat af streptokokantigen, der anvendes. Der bør kun anvendes antigenests, der er afprøvet og fundet egnede i almen praksis.

I tilfælde af svær klinisk tonsillitis og negativ antigenest, kan man overveje at sende svælgpodning til dyrkning i den lokale klinisk mikrobiologiske afdeling.

Prøvetagning/materiale

Svælgpodning bør foregå under god belysning og med anvendelse af spatel. Der podes fra tonsillerne, og der sikres god kontakt til begge tonsiller med vatpinden, mhp. at få tilstrækkeligt materiale til undersøgelse.

7112. Audiometri

Fysiologiske forhold

Lydpåvirkning sætter trommehinden i svingninger der via mellemøreknoglerne og høreorganet i det indre øre danner høreindtrykket i hjernen.

Indikationer

Mistanke om hørenedsættelse hos børn og voksne. Hørenedsættelsen i taleområdet medfører ofte social isolation.

Ydelsen vil have sit hovedanvendelsesområde ved vurdering af indikation for høreapparat samt screeningsundersøgelse af børns hørelse. Kan sædvanligvis bedst udføres fra 5 års alderen.

Udredning af tinnitus

Beslutningsgrænser

Høretab > 20 dB ved 2 eller flere frekvenser typisk ved 500-1000-2000-4000 Hz.

Kan dog ikke anføres entydigt, idet subjektive handicap og graden af compensation samt hos børn sproglig udvikling har betydning.

Udførelse

Patienten placeres med ryggen til undersøger og audiometer. Undersøger fremkalder tone i hvert øre for sig ved at ændre frekvens og lydstyrke. Patienten markerer, når tonen høres. Svageste lyd som kan opfattes ved hver frekvens nedskrives i audiogram.

Ydelsen omfatter undersøgelse af begge ører.

7113. Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri

Fysiologiske forhold

Ubesværet luftskifte og hermed uhindret luftstrømning i luftvejene er en forudsætning for optimal iltning af blodet. Spirometri bestemmer (volumen/tid) på én enkelt udånding fra maksimal inspiration til maksimal expiration. Vigtigste mål er FVC (Forceret Vital Capacitet) samt FEV1 (Forceret Eksspiratorisk Volumen i 1. sekund af udåndingen).

Indikation

Spirometri:

Vurdering af lungefunktionen. Mistanke om astma bronkiale, KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) og restriktiv lungesygdom.

Kvantificering af reversibilitetstest med bronkodilatator eller kortikosteroider.

Ydelsen kan ikke anvendes ved vaccinationer. Ydelsen kommer kun på tale ved diagnostik og kontrol.

Ved vaccinationer kan spirometret dog bruges til at måle det ekspiratoriske volumen i første minut, som udtryk for lungefunktionen, men man kan i denne situation kun honorere med ydelse 7183.

Udførelse

Spirometri foretages ved en enkelt eksspiration fra maksimal inspiration til maksimal eksspiration.

Der foretages tre målinger, hvor de to bedste ikke må afvige mere end 5 % fra hinanden. Bedste måling anvendes.

Anstrengelsestest:

Peakflow eller Spirometri før patienten udsættes for 6 min. hård fysisk anstrengelse (der forudsættes pulsstigning til mindst 160/min hos børn og til mindst 140/min hos voksne.)

Peakflow eller spirometri efter 1, 5 og 10 min.

Reversibilitetstest:

Spirometri foretages før og efter behandling med bronchodilatator eller korticosteroid.

Fortolkning

KOL defineres ved FEV1/FVC ratio <70 %; Sværhedsgraden af KOL bedømmes ud fra FEV1-niveauet i forhold til det forventede:

Mild KOL: FEV1 50-80 % af forventet værdi

Moderat KOL: FEV1 30-49 % af forventet værdi

Svær KOL: FEV1 <30 % af forventet værdi.

Patienten har ikke KOL hvis FEV1 og FEV1/FVC normaliseres under behandling.

Ved astma ses respons (>400 ml) på bronkodilatator og/eller respons (>400ml) på behandling med peroral korticosteroid (30 mg dgl. i 14 dage) eller højdosis inhalationssteroid i mindst 6 uger.

7121. Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation

Fysiologiske forhold

Ubesværet luftskifte og hermed uhindret luftstrømning i luftvejene er en forudsætning for optimal iltning af blodet. Spirometri bestemmer (volu-

men/tid) på én enkelt udånding fra maksimal inspiration til maksimal eks-
spiration. Vigtigste mål er FVC (Forceret Vital Capacitet) samt FEV1
(Forceret Eksspiratorisk Volumen i 1. sekund af udåndingen).

Indikation

Spirometri:

Vurdering af lungefunktionen. Mistanke om astma bronkiale, KOL (kronisk
obstruktiv lungesygdom) og restriktiv lungesygdom.

Kvantificering af reversibilitetstest med bronkodilatator eller kortikosteroider.

Ydelsen kan ikke anvendes ved vaccinationer. Ydelsen kommer kun på
tale ved diagnostik og kontrol.

Ved vaccinationer kan spirometret dog bruges til at måle det eksspiratori-
ske volumen i første minut, som udtryk for lungefunktionen, men man kan
i denne situation kun honorere med ydelse 7183.

Udførelse

Spirometri foretages ved en enkelt eksspiration fra maksimal inspiration til
maksimal eksspiration.

Der foretages tre målinger, hvor de to bedste ikke må afvige mere end 5
% fra hinanden. Bedste måling anvendes.

Anstrengelsestest:

Peakflow eller Spirometri før patienten udsættes for 6 min. hård fysisk
anstrengelse (der forudsættes pulsstigning til mindst 160/min hos børn og
til mindst 140/min hos voksne.)

Peakflow eller spirometri efter 1, 5 og 10 min.

Reversibilitetstest:

Spirometri foretages før og efter behandling med bronchodilatator eller
korticosteroid

Fortolkning

KOL defineres ved FEV1/FVC ratio <70 %; Sværhedsgraden af KOL be-
dømmes ud fra FEV1-niveauet i forhold til det forventede:

Mild KOL: FEV1 50-80 % af forventet værdi

Moderat KOL: FEV1 30-49 % af forventet værdi

Svær KOL: FEV1 < 30 % af forventet værdi.

Patienten har ikke KOL hvis FEV1 og FEV1/FVC normaliseres under behandling.

Ved astma ses respons (>400 ml) på bronkodilatator og/eller respons (>400ml) på behandling med peroral kortikosteroid (30 mg dgl. i 14 dage) eller højdosis inhalationssteroid i mindst 6 uger.

7115. Maskinel leukocyt- og differentialtælling

Fysiologiske forhold

De dominerende leukocyttyper er: Neutrocytter, lymfocytter og monocytter. De repræsenterer forskellige organsystemer med forskellig fordeling ved sygelige tilstande. Ændring i totaltallet afspejler ved bakteriel infektion især ændring i koncentrationen af neutrocytter.

Indikationer

Ydelsen anvendes primært ved mistanke om akut eller subakut infektion, hvor det ud fra symptomer og objektive fund anses for nødvendigt umiddelbart, dvs. indenfor 30 minutter, at kunne understøtte eller afkræfte en diagnose og samtidig tage stilling til, eventuel behandling med antibiotika, henvisning til røntgenundersøgelse eller sygehus.

Fortolkning

Leukocytallet vurderes bedst i sammenhæng med differentialtælling. Såvel forhøjede som lave koncentrationer kan have sammenhæng med en række forskellige sygdomme.

Ved bakteriel infektion ses ofte neutrocytose, mens man ved viral infektion ser lymfocytose – ofte med store atypiske celler. Monocytose ses undertiden ved kronisk infektion, men også ved præmaligne tilstande.

Prøvetagning/materiale

EDTA-Blod. Kapilliærblod kan anvendes.

7116. Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale eksklusiv urin

Grundlæggende forhold

Fasekontrastmikroskopi benyttes til friske, (fugtige) levende præparater.

Indikationer

Fasekontrastmikroskopi benyttes til urinvejsinfektion, hæmaturi, spermaundersøgelse efter vasektomi samt hud- og neglesvampdiagnostik. Desuden til wet smearundersøgelse af vaginal- og cervikalsekret. Yderligere til ledvæskeundersøgelse f. eks. med henblik på purulent arthritis og arthritis urica. Fasekontrastmikroskopi er velegnet ved mistanke om børneorm, ved fund af ormeæg og/eller selve ormen.

Beslutningsgrænser

Er angivet ved 400 gange forstørrelse.

Urologi

- Urinundersøgelse på ucentrifugeret urin.
- Bakteriuri: ≥ 1 bakterie pr. synsfelt ($\geq 10^5$ bakterie pr. ml.)
- Pyuri: ≥ 1 leukocyt pr. synsfelt
- Hæmaturi: ≥ 1 erytrocyt pr. 10 synsfelter

Dermatologi

- Diagnostik på hud- og/eller negleskrab efter præparering i 30 %
- KOH "fiksering". Fund af sporer og/eller athrosporer ("mycelier").

Ledvæske

- Fund af uratkrystaller.

Spermaundersøgelse efter vasektomi

- Fund af ≥ 1 spermatozo ved gennemsyn af 30 synsfelter svarer til "positivt resultat"
- Fund af 0 spermatozoer ved gennemsyn af 30 synsfelter svarer til "negativt resultat"

Børneorm

- Fund af ormeæg og/eller børneorm ved gennemsyn af 30 synsfelter.

Prøvetagning/materiale

Urin

- Friskladt midtstråleurin.

Dermatologi

- Skrab fra hud/negle præpareres i 30% KOH, og afventer minimum 1 time før mikroskopering, alternativt opvarmet over spritflamme og mikroskopi umiddelbart efter.

Ledvæske

- 1 dråbe frisktappet ledvæske.

Spermaundersøgelse

- 1 dråbe sperma.

Børneorm

- Analftryk ved hjælp af gennemsigtig tape og træspartel.

7122. Fastkontrastmikroskopi af urin

Grundlæggende forhold

Fasekontrastmikroskopi benyttes til friske, (fugtige) levende præparater.

Indikationer

Fasekontrastmikroskopi benyttes til urinvejsinfektion, hæmaturi, spermaundersøgelse efter vaskotomi samt hud- og neglesvampdiagnostik. Desuden til wet smearundersøgelse af vaginal- og cervikalsekret. Yderligere til ledvæskeundersøgelse f. eks. med henblik på purulent arthritis og arthritis urica. Fasekontrastmikroskopi er velegnet ved mistanke om børneorm, ved fund af ormeæg og/eller selve ormen.

Beslutningsgrænser

Er angivet ved 400 gange forstørrelse.

Urologi

- Urinundersøgelse på ucentrifugeret urin.
- Bakteruri: ≥ 1 bakterie pr. synsfelt ($\geq 10^5$ bakterie pr. ml.).
- Pyuri: ≥ 1 leukocyt pr. synsfelt.
- Hæmaturi: ≥ 1 erytrocyt pr. 10 synsfelter.

Dermatologi

- Diagnostik på hud- og/eller negleskrab efter præparering i 30 %
- KOH "fiksering". Fund af sporer og/eller athrosporer ("mycelier").

Ledvæske

- Fund af uratkrystaller.

Spermaundersøgelse efter vasektomi

- Fund af ≥ 1 spermatozo ved gennemsyn af 30 synsfelter svarer til "positivt resultat"
- Fund af 0 spermatozoer ved gennemsyn af 30 synsfelter svarer til "negativt resultat"

Børneorm

- Fund af ormeæg og/eller børneorm ved gennemsyn af 30 synsfelter.

Prøvetagning/materiale

Urin

- Friskladt midtstråleurin.

Dermatologi

- Skrab fra hud/negle præpareres i 30% KOH, og afventer minimum 1 time før mikroskopering, alternativt opvarmet over spritflamme og mikroskopi umiddelbart efter.

Ledvæske

- 1 dråbe frisktappet ledvæske.

Spermaundersøgelse

- 1 dråbe sperma.

Børneorm

- Analftryk ved hjælp af gennemsigtig tape og træspartel.

7117. Tympanometri

Fysiologiske forhold

Lufttryk er ens på begge sider af trommehinden og både øregang og mellemøre er luftfyldte.

Ved normal hørelse giver tympanometri, som er en elektroakustisk måling af impedansen (bevægelighed) i trommehinde, øreknogler, mellemøre og øregang en karakteristisk klokkeformet kurve.

Indikationer

Tilstande, hvor det ønskes vurderet, hvorvidt der er væske eller luft i mellemøret. Stapediusrefleks med henblik på vurdering af tilstedeværende hørelse hos småbørn.

Ydelsen vil have sit hovedanvendelsesområde ved otitis media (akut eller sekretorisk) med væske i mellemøret, samt kontrol efter samme.

Ydelsen kan kun afregnes én gang per konsultation.

Beslutningsgrænser

Vurdering af tympanogram samt stapediusrefleks.

Udførelse

Øregangen udrettes ved et let træk, og tympanometrets gummiprop placeres så den slutter tæt til øregangens væg. Herefter bestemmer apparatet automatisk trommehindens impedans ved forskellige tryk og frembringer et tympanogram.

Ydelsen omfatter undersøgelse af begge ører.

7120. CRP (C-reaktivt protein)

Fysiologiske forhold

CRP er en akut-fase-reaktant, som begynder at stige efter ca. 8 timer ved inflammatoriske processer og når sit maksimum efter ca. 48 timer. På tilsvarende vis normaliseres CRP hurtigt, når inflammationen ophører.

Indikationer

Mistanke om akutte infektioner, specielt luftvejsinfektioner, salpingitis og pyelonefritis, samt inflammatoriske tilstande som rheumatoid arthritis, inflammatoriske tarmsygdomme og monitorering af en klinisk tilstand samt monitorering af en given antibiotisk behandling.

Ydelsen honoreres ved de med + markerede tentative diagnoser:

Sinuitis acuta	+	Relevant i kombination med SR
Pneumoni	+	
Inflammatoriske tarmsygdomme	+	
Otitis media acuta	+	
Bronchitis	+	

Tonsilia acuta	-	Ikke relevant, anbefaler Strep-A-test
Cancer	+	Kan være relevant med alle kendte forbehold
Gynækologiske infektioner	+	Relevant ved mistanke om salpingitis
Urinvejsinfektion	(+)	Ved mistanke om pyelonephritis, ellers ikke
Antibiotika Monotering	+	Relevant
Løbende klinisk vurdering	+	Særdeles relevant, og bør benyttes inden antibiotisk behandling iværksættes

Beslutningsgrænser

Ved bakterielle infektioner stiger CRP ofte til over 40-50 mg/l.

Ved virale infektioner sjældent over 20-25 mg/l.

CRP bruges sikrest til at udelukke bakterielle infektioner, idet to værdier under 25 mg/l målt med mindst 24 timers interval taler imod en bakteriel infektion.

Dag til dag variationen på analysesvaret er ca. 23 %.

CRP kan ikke anvendes som eneste variabel til at skelne mellem bakterielle og virale infektioner, men kan sammen med den kliniske undersøgelse øge den prædiktive værdi for en diagnose.

Prøvetagning/materiale

Kan bestemmes både på kapillær blod og på veneblod.

7126. INR (Internationalt Normaliseret Ratio)

Fysiologiske forhold

Indikationer

Ydelsen benyttes til kontrol af antikoagulationsbehandling og således kun i terapeutisk øjemed.

Beslutningsgrænser

Terapeutisk interval er snævert (2,0 – 3,0 (3.5)) afhænger af tilgrundliggende lidelse.

Analyseresultatets dag til dag variation er ca. 11 %.

Prøvetagning/materiale

Kapillærblod og veneblod kan anvendes.

7136. Glucose

Fysiologiske forhold

Glucose fordeler sig frit mellem vandfaserne i plasma og erythrocytter. Koncentrationen af vand er større i plasma end i celler. Derfor er koncentrationen af glukose ca. 11 % større i plasma end i blod. Ved faste er glukosekoncentrationen i kapillærblod ikke væsentligt forskellig fra koncentrationen i veneblod. Postprandialt stiger koncentrationen og er i kapillærblod uforudsigeligt højere end i veneblod.

Indikationer

Mistanke om diabetes mellitus.

Kontrol af diabetes mellitus

Glucosebestemmelse i forbindelse med glucosebelastningstest

Beslutningsgrænser

Faste-venepasmaglukose $\geq 7,0$ mmol/l eller postprandial venepasmaglukose $\geq 11,1$ mmol/l tyder på diabetes mellitus.

Glukose målt på plasma eller kapillærblod, se DSAM's vejledning på www.DSAM.dk

Prøvetagning/materiale

Cellerne i prøverøret forsætter med at forbruge glukose. Der skal derfor måles umiddelbart efter prøvetagning.

Når kapillært blod anvendes til diagnostik benyttes gennemsnittet af to blodprøver for at mindske måleusikkerheden, og ved glucosebelastning 2 gange dobbeltbestemmelse. Det vil sige maksimalt 4 glucosemålinger.

7156. EKG (elektrokardiografi)

Fysiologiske forhold

Under normale forhold dannes elektriske impulser i sinusknuden, disse transmitteres gennem ledningssystemet til hjertemusklaturen som aktiveres og kontraherer sig. Derved opstår et elektrisk potentiale som veksler over tid. Dette kan opfanges af elektroder og udskrives som graf. Grafens udseende relaterer sig til en række sygdomme i hjertet.

Indikationer

Vurdering af hjertesygdom, særligt hjerterytmesygdomme og iskæmiske hjertesygdomme.

Beslutningsgrænser

Genkendelse af karakteristiske elektrokardiografiske mønstre. Vurdering af en given hjertetilstands behov for intervention.

Udførelse

Standardafledningerne er bipolære ekstremitetsafledninger, der anbringes en elektrode på hver ekstremitet, højre ben bærer jordforbindelse. V1-V6 er unipolære præcordialafledninger, hvor elektroderne anbringes på thorax forflade. V1 over intercostal rum 4 (IC4) lige til højre for sternum; V2 over IC4 lige til venstre for sternum; V3 midt mellem V2 og V4; V4 over IC5 svarende til midtclavikulær linje; V5 samme niveau i venstre anteriore aksillær linje og V6 samme niveau som V4 i venstre midtaksillær linje.

7175. Svangerskabsreaktion, urin-choriongonadotropin

Fysiologiske forhold

Choriongonadotropin (hCG) dannes i placenta. Produktionen begynder før første udeblevne menstruation.

Indikationer

Ydelsen anvendes ved behov for at påvise/udelukke graviditet.

Fortolkning

En positiv test (>25 IU/l) ses ved graviditet og i så fald allerede lidt før tidspunktet for næste forventede menstruation. Testen bliver også positiv ved ekstrauterin graviditet. Positiv test ses ved andre tilstande med forøget produktionen af hCG, fx ved nogle trofoblastiske sygdomme og choriocarcinom.

Prøvetagning/materiale

Enhver urinprøve kan anvendes til testen, men en morgenurin er bedst til en graviditetstest, da hCG koncentrationen er højst om morgenen.

7177. SR (sænkingsreaktion)

Fysiologiske forhold

Når en blodprøve, tilsat citrat, henstår i et prøvetagningsglas vil erythrocyterne sedimentere og efterlade en klar søjle af plasma. Hastigheden af

sedimentationen er forhøjet ved forhøjet koncentration af mange plasma-proteiner især immunglobulin og fibrinogen (pengerulledannelse) og ved nedsat erythrocyt-volumenfraktion.

Indikationer

Differentialdiagnose af visse akutte og subakutte sygdomme.

Forløbskontrol af rheumatisk sygdom.

Til monitorering af infektionssygdomme vælges i dag fortrinsvis CRP.

Fortolkning

Referenceområdet:

Mænd: --- 2 - 15 mm/time

Kvinder: -- 2 - 20 mm/time.

Værdier op til 30 mm/time kan være normalt, men udelukker ikke alvorlig sygdom.

Værdier mellem 30 og 70 mm/time er patologisk, men ikke nødvendigvis tegn på alvorlig sygdom.

Værdier over 70 mm/time tyder på alvorlig sygdom, såfremt der ikke er feber eller anæmi.

Hyperlipidæmi kan give falsk forhøjet SR.

Prøvetagning/-materiale

Prøven tages i specialrør indeholdende citrat i afmålt mængde.

7183. Lungefunktionsundersøgelse (peak-flow)

Fysiologiske forhold

Ubesværet luftskifte og hermed uhindret luftstrømning i luftvejene er en forudsætning for optimal iltning af blodet. Ved peak flow undersøgelsen bedømmes modstanden i bronkierne ved bestemmelse af den højeste hastighed L/min der kan opnås under en enkelt maksimal eksspiration.

Indikationer

Tilstande hvor der er mistanke om øget modstand i luftvejene.

Især velegnet til diagnose og forløbsmålinger ved astma bronkiale, samt til kontrol af lungefunktionen ved specifik immunterapi (allergivaccination).

Ved allergivaccination benyttes ydelse 7183 både før og efter vaccinationen – altså 2 x 7183 – idet det må betragtes som to selvstændige ydelser.

Spirometri kan anvendes, men kan i denne situation kun honoreres med 7183.

Fortolkning

Resultatet vurderes ud fra referencetabeller opdelt efter højde, køn og alder.

Ved vurdering af anstrengelsesudløst astma foretages måling før og efter fysisk anstrengelse.

Ved reversibilitetstest foretages målingerne før og efter indtagelse af bronkodilatorer eller steroider.

Ved allergivaccination foretages peak flow målinger før og efter den enkelte injektion. Der skal således anvendes 3 bestemmelser af peak flow, hvis der gives 2 injektioner.

Udførelse

Efter maksimal inspiration foretages en kort og kraftig eksspiration i peak flow metret. Det er ikke tilladt at hoste.

Der gennemføres mindst 3 forsøg, hvor det bedste resultat er gældende.

Ved vaccination vurderes Lungefunktionen ved peak flow før vaccinationen og 30 minutter efter at vaccinationen er givet. Vaccination må ikke gennemføres, hvis lungefunktionen er nedsat < 80 % af vanlig værdi, ligesom en systemisk reaktion i form af nedsat lungefunktion målt ved peak flow efter undersøgelsen indicerer dosisreduktion.

7189. Urin til resistensbestemmelse

Fysiologiske forhold

Urinen er normalt steril. Ved urinvejsinfektion (UVI) findes bakterier og leukocytter i urinen. UVI forårsages typisk af E. coli, men også af andre Gram negative stave og Gram positive kokker. De forskellige bakteriearter har medført forskellige resistensmønstre. Men alle kan desuden optræde med erhvervet resistens. Det er derfor nødvendigt at undersøge følsomheden for den aktuelle bakteriestamme.

Indikation

Undersøgelse af antibiotikafølsomheden for en aktuel bakteriestamme, der har forårsaget UVI. Der bør foretages resistensundersøgelse hos patienter med kompliceret UVI, dvs.

- UVI hos børn, mænd og postmenopausale kvinder
- UVI i forbindelse med sten eller afløbshindring
- UVI eller asymptomatisk bakteriuri hos gravide
- recidiverende UVI
- akut pyelonefritis.

Resistensundersøgelse bør altid forudgås eller ledsages af urindyrkning, hvor mængden og arten af bakterier vurderes.

Beslutningsgrænser

Findes bakteriestammen følsom for et givet antibiotikum, kan der forventes effekt af behandling med stoffet. Findes bakteriestammen resistent for et givet antibiotikum, kan der ikke forventes effekt af behandling med stoffet.

Prøvetagning/materiale

Friskladt midtstråleurin. Afvaskning anbefales ikke rutinemæssigt. Vigtigt er midtstråleprincippet for at undgå tilblanding af bakterier fra urethra og vagina.

7402. Priktest (rammeaftale)

Grundlæggende forhold

Ved priktest anbefales at benytte følgende 10 allergener: Vortebirk, engrottehale (græs), gråbynke, hest, hund, kat, dermatophagoides pteronys (husstøvmide), dermatophagoides farinae (husstøvmide), alternaria (skimmelsvamp) og cladosporia (skimmelsvamp).

Indikationer

Som led i udredning ved mistanken om allergisk lidelse.

Beslutningsgrænse

En kvadel ≥ 3 mm er udtryk for at personen er sensibiliseret med vedkommende allergen, men er nødvendigvis ikke allergisk. En "positiv kontrol" ≥ 3 mm er forudsætningen for, at priktesten er udført korrekt, og at de præanalytiske forhold er i orden (f. eks. ingen indtagelse af antihistamin eller brug af steroider på hudområdet).

Udførelse

Der foretages dobbelt prik på de 10 allergener samt på den negative og positive histaminkontrol. Der benyttes standardiserede lancetter eller "autoprikker". Aflæsning efter 15 min. – hos børn efter 10 min.

Ingen nedre grænse i forhold til alderen mhp. udførelse af priktest.

7403 HbA1c (rammeaftale)

Fysiologiske forhold

Glykerede hæmoglobiner relaterer sig nøje til udvikling af mikrovaskulære komplikationer hos diabetes mellitus patienter.

Indikationer

Vurdering af glykæmisk kontrol hos patienter med diagnosticeret diabetes mellitus. Ydelsen kan derfor ikke bruges til screening i forbindelse med diagnosticering.

HbA1c som fraktion af totalhæmoglobin gives som udtryk for den gennemsnitlige glukosekoncentration i blodet gennem de foregående 3 – 8 uger.

Fortolkning

Hæmoglobin A1c divideret med middelglukose kan udtrykkes ved formlen:
 $1,59 * \text{HbA1c (målt i \%)} - 2,59 = \text{middelglukose (målt i mmol/l)}$.

HbA1c \leq 6,1 % svarer til normalt blodglukoseniveau.

Dette svarer til HbA1c divideret med middelglukose \leq 7,7 mmol/l.

Der forventes indført ny standardisering af HbA1c i henhold til IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) inden for få år.

Prøvetagning / materiale

Veneblod eller kapillærblod.

Analysen skal indgå i kvalitetssikringsordning.

BILAG TIL YDELSESBESKRIVELSE FOR YDELSE 0121, OPSØGENDE HJEMMEBESØG (BESØGSGUIDE):

Indhold i besøget er en samtale om, hvordan dagligdagen fungerer, f.eks. Introduktion "Er der noget særligt, du synes vi skal tale om i dag?"

Hverdagen:

- Hjælp fra formelt og familiært netværk, transport, indkøb osv.
- Interesser, kontakt med andre, socialt netværk, familie, hjem osv.

- Fysisk funktion Har den ældre brug for hjælp? Og i givet fald, hvilken hjælp gives og af hvem?
- Hvis den ældre - uden at blive træt - kan gå udendørs i dårligt vejr ½ -1 time og kan gå på trapper til 2. sal, er mobiliteten i orden.
- Det er afgørende at reagere på tidlige tegn på fald i funktionsevne. Avlunds mobilitet-trætheds skala og/eller Timed Up and Go testen kan anvendes også til at vurdere forandringer over tid og som 'fælles sprog' i det tværfaglige samarbejde. Se bilag vedr. Avlunds mobilitet-trætheds skala og Timed Up and Go testen på www.laeger.dk.

Helbred:

- Kendt sygdom, ernæring (D-vitamin og kalk), motion (transport), sanser (hørelse, syn), tandstatus, fødder inkontinens og obstipation: Om nødvendigt klinisk undersøgelse evt. senere i lægepraksis. 5-D'er – depression, demens, delir, droger og druk - kan anvendes som huskeliste.

Mental status

- Depression og begyndende demens hos ældre er vigtigt at identificere, hvor der evt. kan anvendes psykometrisk test.
- Spørg til hvordan hjernen holdes i gang: Interesser, krydsord, kortspil, diskussioner, mv. og spørg om alkoholforbruget.

Medicin

- Data vedrørende den enkeltes aktuelle ordinationer forudsættes opdateret via journalen og/eller den personlige elektroniske medicinprofil før besøget.
- Gennemgang af medicinskab, hvor alle ordinationer vurderes ud fra kriterierne:
 - effekt,
 - dosering
 - indikation
 - komplians
 - bivirkninger
 - interaktioner
 - kontraindikationer
 - behandlingsvarighed
 - pris.
- Ved kognitive usikkerheder sikres bedst muligt komplians med netværksperson eller hjemmeplejen. Doseringsæske? dosisdispensering?
- > 3 forskellige receptpligtige medikamenter daglig = mangestofsbehandling.

- Hensigtsmæssig polyfarmaci skal hele tiden vurderes op mod evt. bivirkninger.
- Vær særligt opmærksom på at undgå NSAID og unødvendig diuretika og psykofarmaka. Vurder relevansen af medicinering.
- Er det livsvigtigt, symptomdæmpende eller forebyggende?
- Er indikationen stadig gældende?
- Monitorering af funktionsevne og kognitiv funktion kan være til hjælp i vurderingen af virkninger og bivirkninger. Spørg evt. mere specifikt ind til bivirkninger.

På denne baggrund vurderes, med henblik på behandlingsoptimering såvel klinisk som økonomisk rationelt, om der er præparater, der skal:

- seponeres
- omlægges ved dosisændring
- nyordineres

Konklusioner, aftaler:

- Evt. videre undersøgelse i klinikken, fx laboratoriekontrol, henvisning til fysio- og/eller ergoterapi, syn/hørecentral, fodterapi, tandlæge, kommunal visitation eller opfølgning af det opsøgende kommunale hjemmebesøgstilbud.

Det videre forløb aftales individuelt, så der kan følges op på evt. igangsatte interventioner.

