

Den 23. september 2020

Kontakt: [konsulent navn]
 Mail: **Vibeke Just Andersen**
 Telefon: 24 52 84 85

Oversigt over initiativer i overenskomst for almen praksis (OK22) af relevans for kommunerne

Nedenstående tabel viser udvalgte initiativer i den nye overenskomst for almen praksis, som sekretariatet vurderer, er relevante for kommunerne. Aftalen træder i kraft d. 1. januar 2022.

Indsats (afsnit i OK22)	Praktisk betydning
1. Ulighed i sundhed	
<p><u>Styrket indsats for sårbare børn (1.1)</u> Almen praksis opsøger familier, hvor et barn ikke har været til en planlagt børneundersøgelse, og hvor det vurderes, at udeblivelsen kan skyldes manglende ressourcer i familien. Efter en konsulterende samtale kan lægen vælge at iværksætte yderligere kontakt til kommunen om forhold for børn/forældre således at de børn/familier, som har behov, får mulighed for at få en understøttende indsats</p>	
<p><u>Styrket kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje (1.2)</u> Der skal være mulighed for direkte elektronisk kommunikation via MedCom-standarder mellem almen praksis og kommunernes sundhedspleje mhp. at styrke koordinationen i situationer, hvor det ikke er relevant at foretage en egentlig underretning, men hvor sundhedsplejen evt. vil kunne yde støtte og hjælpe barnet/familien videre. Sundhedsplejen vil også kunne kontakte almen praksis i situationer, hvor de er bekymrede for sygdom – somatisk eller psykisk, samt mistrivsel hos barnet – hvor forældrene ikke selv forventes at kontakte lægen.</p> <p>Ovenstående danner grundlag for, at man i overenskomstperioden afsøger, om og hvordan, der kan etableres en elektronisk kommunikation mellem almen praksis og kommunernes pædagogiske psykologiske rådgivning. Formålet er at give den praktiserende læge handlemuligheder ift. forældre/børn og unge med oplevet mental mistrivsel, som ikke har behov for udredning og behandling i psykiatrien, men hvor PPR kan hjælpe familien/barnet/den unge videre.</p>	<p>Kommunerne har oprettet ét lokationsnummer til sundhedsplejen, som de praktiserende læger oplyses om via KLU</p> <p><i>Obs. ift. arbejdsgruppe om faglig indsats til mennesker med psykisk sygdom.</i></p> <p><i>Obs. arbejde med MedCom-standarder</i></p>
<p><u>Sundhedstjek til borgere på botilbud (1.3)</u> Der ydes et sundhedstjek specifikt for borgere på 18 år og derover med betydeligt og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, der opholder sig på botilbud mhp. at forebygge og evt. behandle somatiske sygdomme for personer, som opholder sig på botilbud. Sundhedstjek gennemføres hvert andet år på botilbuddet – kan i særlige tilfælde tilbydes årligt. Lægen har typisk forud for 1. sundhedstjek kontakt med personalet på botilbuddet og/eller pårørende om forhold, der kan være hensigtsmæssige at inddrage under sundhedstjekket.</p>	<p>Den første kontakt sker som udgangspunkt ved at personale på botilbuddet kontakter almen praksis for at aftale et sundhedstjek.</p>

Indsats (afsnit i OK''')	Praktisk
1. Ulighed i sundhed (fortsat)	
<p><u>Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom (1.4)</u> Der ydes en fokuseret somatisk undersøgelse til patienter inden for to målgrupper med psykisk sygdom: 1) Personer mellem 18 og 60 år med svær, kronisk psykisk sygdom – skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom 2) Personer på 18 år og derover med fx alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD.</p> <p>Den fokuserede somatiske undersøgelse tilbydes i forhold til patientens forhold/behov således, at det er muligt at sikre involvering af pårørende og/eller støttepersoner samt evt. personale på institutioner.</p> <p>Der rådgives om forebyggende tiltag samt lægges en individuel behandlingsplan under hensyn til patients ønsker, ressourcer og muligheder, hvor der i relevant omfang også henvises til kommunale tilbud om støtte, forebyggelse og/eller rehabilitering.</p>	<p>Kommunale tilbud eller andre aktører kan kontakte almen praksis på vegne af patienter med psykisk sygdom mhp at aftale tid til en somatisk undersøgelse.</p> <p>Borgere med psykisk sygdom på botilbud er omfattet af aftale om sundhedstjek på botilbud og er derfor <i>ikke</i> omfattet af tilbuddet om fokuseret somatisk undersøgelse.</p>
2. Bedre lægedækning	
<p>Fokus på at øge andelen af praksis med åben tilgang herunder sikre lægedækning i lægedækningstruede områder</p> <ul style="list-style-type: none"> - anbefalinger om uddannelse af speciallæger i almen medicin - Organisationsudvikling og lægelig ledelse i praksis - Rekruttering, aflastning og fastholdelse af læger - Lægers tilstedeværelse i klinikken 	
3. Udviklingsspor for almen praksis' rolle ved patienter med multisygdom	
<p><u>Udviklingsspor for almen praksis' rolle ved patienter med multisygdom (3)</u> Udviklingsspor, der bl.a. skal afdække nye faglige og honoreringsmæssige rammer for bedre håndtering af multisyge (min 2 samtidige kroniske sygdomme).</p> <p>Beskrivelse af tværsektoriel tilgang som kan styrke almen praksis' rolle for patienter med multisygdom. Pilotprojekt med fokus på et mere helhedsorienteret blik på patienten og en styrket koordinering med kommuner og hospital - så større del af patienternes behandling sker i det nære sundhedsvæsen. Fagligt indhold: - opsporing og tilknytning til kontaktperson - udvidet konsultation – behandlingsoverblik herunder fx kommunal rehabilitering - multidisciplinær tværsektoriel konference (specialistniveau). Forskningsenheder har lead på projektet.</p>	<p>(Obs. kun pilotprojekt): Kommune modtager behandlingsoverblik og gennemfører samtale med patienten mhp. skræddersyet rehabiliteringsindsats.</p> <p>Egen læge modtager ved afslutning et notat fra kommunen via MedCom standard XDIS15.</p>
4. Sammenhæng i det nære sundhedsvæsen	
<p><u>Faste læger på plejehjem (4.1)</u> Beboere kan vælge egen læge, som er fast læge på plejehjemmet. Lægen yder almen medicinsk lægehjælp til beboerne, samtidigt med at lægen står til rådighed for personalet på plejecenteret med generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejds møder ift. sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter. Ordningen gøres til en permanent del af OK. PLO er forpligtet til at arbejde for rekruttering af plejehjemslæger. Det er kommunerne, der følger dækningen.</p> <p>Finansieringen af rådgivningsdelen overgår til regionerne.</p>	<p>Obs overgang: Opsige kontrakter, sikre at lægerne forbliver tilknyttet under ny ordning (KLU).</p> <p>Vigtig se * under skemaet.</p>

Indsats (afsnit i OK'')	Praktisk
4. Sammenhæng i det nære sundhedsvæsen (fortsat)	
<p><u>Styrket samarbejde med kommunale akutfunktioner (4.2)</u> Styrke den praktiserende læges samarbejde med de kommunale akutfunktioner samt sikre lægedækningen til de kommunale akutfunktioner og give plejepersonale på akutfunktionerne større mulighed for lægefaglig sparring og rådgivning.</p> <p>Ydelsen gives for lægefaglig rådgivning og vurdering fra almen praksis af konkret patientrettet behandling <u>ved akut opstået sygdom eller forværring</u> af tilstanden for en patient inden for målgruppen, når behandleransvaret er den praktiserende læges.</p> <p>Kontakten sker som udgangspunkt telefonisk, men kan også være elektronisk eller pr. video.</p> <p>Aftalen omfatter dagtid.</p> <p>Aftalen gælder <i>ikke</i> for patienter tilknyttet en kommunal akutfunktion, hvor hospitalet fortsat har behandleransvaret.</p>	<p>Honorar kan højest afregnes <i>to gange dagligt</i>.</p> <p>MedCom-standarder: "Den gode henvisning til kommunens akutfunktion" (XREF22) og "Det gode afslutningsnotat fra kommunens akutfunktion" (XDIS22).</p>
<p><u>Sundhedsprofessionel kommunikation (4.3)</u> Analyse af sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation (kvalitativ og kvantitativ). Resultat forventes at være en vejledning med anbefalinger til, hvordan der skabes gode rammer for samarbejdet.</p> <p>Tilgængelighed til almen praksis for kommunerne: Praktiserende læger forpligter sig til at stille bagom-numre til rådighed for kommunalt personale fra kommunernes hjemmepleje, som skal kunne få kontakt til klinikken i akutte tilfælde uden om telefonbetjeningen i dagtid.</p>	
5. Lægevagten	
6. Digital tilgængelighed	
<p><u>Videokonsultation (6.1)</u> Planlagt videokonsultation ift. borgerne – ny ydelse, der erstatter en fysisk konsultation i klinikken eller et sygebesøg fx opfølgende konsultation på en kendt problemstilling.</p>	
<p><u>Videokonference (6.2)</u> Planlagt videokonference ml. sundhedspersoner og evt. patient (min. 3 aktører) primært med koordinerende og/eller rådgivende formål.</p>	
<p><u>Aftalt telefonkonsultation (6.3)</u> Planlagt telefonkonsultation, hvis videokonsultation ikke er muligt for borgeren (borgere som ikke har adgang til videoudstyr, eller som ikke har mulighed for at gennemføre en videokonsultation som følge af, at de ikke har NEM-id og ikke kan assisteres af pleje- eller sundhedspersonale). <i>Kan ikke anvendes til kommunikation mellem praktiserende læge og kommunalt pleje- og sundhedspersonale, uagtet at samtalen omhandler konkrete patientforløb på vegne af patienten. I disse situationer skal der anvendes videoløsning fx app'en "Kontakt Læge".</i></p>	
7. Nye løsninger til effektiv populationsomsorg	
<p>Udvikling af 'data-redskaber' til fremsøgning af patientpopulationer, data-rapporter m.m. Skal understøtte at almen praksis i højere grad kan agere proaktivt overfor udvalgte sårbare patientgrupper, støtte op om nationalt aftalte indsatser og skabe grundlag for løbende kvalitetsudvikling baseret på patientdata. Der udvikles og implementeres følgende løsninger som er relevante for kommunerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datarapporter til klynger (patientpopulationer på klyngeniveau) - Regional og kommunal adgang til platform med aggregerede og anonymiserede populationsrapporter (f.eks. til kvalitetsudvikling i klyngerne) - Patientcockpit i journalsystemerne (kiggeadgang for kommunerne fx til brug for fælles udskrivningskonferencer om en konkret patient – især sårbare og komplekse patienter). 	<p>Projektet starter med en modenhedsanalyse gennemfør at MedCom. Projekterne forventes igangsat august 2022.</p>

Indsats (afsnit i OK'')	Praktisk
8. Digitalisering og data	
<u>Digitalt udviklingsspor (8.1.)</u> Der etableret et digitalt udviklingsspor, der skal støtte op om udviklingen på data- og digitaliseringsområdet. Sporet forankres i et nyt partforum (PLO og RLTN), der bl.a. skal drøfte og vurdere værdien af og omkostninger ved udvikling og implementering af nye tværgående it-løsninger.	
<u>Borgernes adgang til egne sundhedsdata (8.3)</u> Flere data gøres tilgængelige på sundhed.dk bl.a. bookede aftaler, lokale prøvesvar, kroniske patienters forløbsplansdata, diagnoser m.m.	
<u>MinLæge-appen (8.4)</u> Den primære mobile og fælles indgang til almen praksis – appen videreudvikles i de kommende år.	
<u>Digital telefonbog (8.5)</u> Etablering af en basis-infrastruktur – en 'digital telefonbog' til at understøtte udveksling af fx bagom-telefonnumre, fraværsoplysninger m.m. Skal bidrage	
9. Forsøgsordning vedr. klinisk ultralyd i almen praksis	
10. Kvalitet, forskning og efteruddannelse	
11. Cyber- og informationssikkerhed	
12. Andre konkrete ændringer	

*Vedr. faste læger på plejehjem (4.1.):

Honorering overgår til regionen

Med aftalen overgår honoreringen af plejehjemslæger til regionen, mens det fortsat er kommunerne, der skal indgå aftale med lægerne.

Melding fra KL

KL er i dialog med aftaleparterne for at finde en national model for udmøntningen af aftalen. **KL anbefaler på den baggrund, at kommunerne venter med at opsiige kontrakterne.**

Nuværende aftale

I den nuværende standardaftale, som kommunerne i Midtjylland bruger som udgangspunkt for at indgå aftale med plejehjemslæger, er der 3 måneders opsigelsesvarsel. I aftalen er kommunerne ikke forpligtet til at betale lægerne, hvis lægerne ikke giver en ydelse. Hvis jeres aftale læner sig op ad standardaftalen, er I dermed ikke forpligtet til at betale lægerne, når ordningen overgår til regionen (også selvom den nuværende aftale ikke er udløbet, når regionen overtager honoreringen). I kan med fordel undersøge jeres kontraktforhold med plejehjemslægerne.

Timetal

I overenskomstaftalen er der fastsat et måltal om, at 80 pct. af plejecentrene skal være omfattet af ordningen i 2024.

Forhandlingsaftalen fastsætter en ramme på 2 timer om måneden pr. plejecenter. Timetallet øges til 3 timer pr. måned, hvis der er over 30 beboere og de er tilknyttet den samme læge. Meget store centre kan opdeles i sektioner med en læge pr. sektion. Kommunerne skal yderligere tilbyde lægen en fast kontaktperson, som udgangspunkt en sygeplejerske.