REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

RLTN

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

OK-Nyt – Praksis nr. 002-25

06-01-2025
EMN-2024-00364
1745366
Jane Holm

Ny Overenskomst for almen praksis

RLTN og PLO blev den 10. september 2024 enige om en ny overenskomst-aftale med ikrafttræden 1. januar 2025.

Den i henhold til aftalen tilrettede overenskomst fremsendes vedhæftet.

Forside til eventuel trykning kan rekvireres hos undertegnede: jho@regioner.dk.

Med venlig hilsen

Jane Holm
Chefrådgiver

REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

OVERENSKOMST
om
almen praksis

Af 03-06-1991,
senest ændret ved aftale af
10-09-2024

Alle beløb og honorarer er angivet i oktober 2024-niveau medmindre andet er anført.

INDHOLDSFORTEGNELSE

KAPITEL I. FORORD OG UDVIKLINGSKONTRAKT 11
KAPITEL II. GENERELT OM OVERENSKOMSTEN 20
§ 1 Overenskomstens parter og overenskomstområdet 20
KAPITEL III. PLANLÆGNING OG LÆGEDÆKNING 21
§ 2 Årlig lægedækningsberegning 21
§ 3 Regionens orienteringsforpligtelse 22
§ 4 Flytning 22
§ 5 Kobling af ydernummer til en bestemt fysisk lokalitet 23
§ 6 Praksisudvikling 23
KAPITEL IV. VILKÅR FOR PRAKSISDRIFT 24
Nedsættelse i almen praksis og krav til lægen 24
§ 7 Autorisationskrav for alment praktiserende læger 24
§ 8 Nedsættelse i almen praksis 24
Praksisformer og selskabskonstruktion 26
§ 9 Praksisformer 26
§ 10 Almen praksis i selskabsform 27
§ 11 Satellitpraksis 29
§ 12 Ydernumre på licens 30
§ 13 Delepraksis 30
Tilmelding af patienter 32
§ 14 Praksisstørrelse 32
§ 15 Øvre lukkegrænse 34
Frasigelse af patienter 34
§ 16 Frasigelse af patient 34

§ 17 Voldelige eller truende patienter 34

Ophør i almen praksis 36

§ 18 Ophør ved dødsfald og konkurs 36

§ 19 Praksisophør i enkeltmandspraksis, når praksis ikke overtages af en anden læge 36

§ 20 Ophør i kompagniskab 37

§ 21 Ophør i delepraksis 38

§ 22 Ophør i særlige tilfælde 39

Ansættelse af læger 39

§ 23 Generationsskifte 39

§ 24 Ansatte læger i fast stilling 40

§ 25 Vikarer 41

§ 26 Læger uden for normering 41

Henvisningsmuligheder og samspil 43

§ 27 Henvisning til sygehuse 43

§ 28 Henvisning til speciallægepraksis 43

§ 29 Deling af journalnotater 43

§ 30 Diagnostiske undersøgelser 43

§ 31 Henvisning til behandling ved fysioterapeut 44

§ 32 Henvisning til behandling ved psykolog 45

§ 33 Henvisning til behandling ved fodterapeut 45

§ 34 Ordination af lægemidler 46

§ 35 Ordination/rekvisition af iltbehandling 46

Rekvisitioner 46

§ 36 Rekvisition af immunglobuliner og vacciner 46

§ 37 Rekvisition af lægemidler i øvrigt 47

§ 38 Rekvisition af forbindsstoffer m.v. 47

Lægevagt 49

§ 39 Vagttidens omfang og opdeling 49

§ 40 Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i vagttiden 49

§ 41 Lægebetjeningen i vagttiden 50

§ 42 Visitation i vagttiden 52

KAPITEL V. TILGÆNGELIGHED OG SERVICE 53

§ 43 Praksisdeklarationer 53

§ 44 Legitimation 55

§ 45 Udgifter til udskiftning af sundhedskort 55

§ 46 Vilkår for lægehjælp 56

§ 47 Lægers fravær fra praksis 56

§ 48 Adgangs- og indretningsforhold vedrørende lægens konsultation 56

KAPITEL VI. TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I DAGTIDEN 58

§ 49 Dagtiden 58

§ 50 Konsultation 58

§ 51 Telefoniske henvendelser 59

§ 52 Videokonsultation 59

§ 53 Videokonference 59

§ 54 Elektronisk kommunikation 60

§ 55 Sygebesøg 60

KAPITEL VII. HONORARER OG REGULERING 62

§ 56 Basishonorar 62

§ 57 Bestemmelser om basishonorering 62

§ 58 Praksisomkostningshonorar 62

§ 59 Almindelige bestemmelser om honorering 63

§ 60 Grundydelser i dagtiden 64

§ 61 Aftalt telefonkonsultation 66

§ 62 Samtaleterapi 67

§ 63 Tillægsydelser 68

§ 64 Instruktion i brug af kliniske skemaer 71

§ 65 Fast tilknyttet læge på plejehjem og bosteder 71

§ 66 Socialmedicinsk samarbejde mellem den enkelte læge og kommunen i individuelle sager 71

§ 67 Institutionstillæg, dag- og vagttid 73

§ 68 Afgrænsning, telefonkonsultation/konsultation, receptfornyelse 73

§ 69 Afgrænsning, sygebesøg/besøg på ruten 73

§ 70 Afgrænsning, behandling af flere patienter i samme hjem 74

§ 71 Vejledning om anvendelse af overenskomstens ydelser 74

§ 72 Tillæg for patientledsagelse i ambulance og rejsetillæg til øer, hvor der ikke er bosat læger 74

§ 73 Tillæg ved behandling af personer, der ikke er tilmeldt en læge 75

§ 74 Honorering af lægehjælp til patienter på øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis 76

§ 75 Grundydelser i vagttiden 76

§ 76 Ydelser efter dagtidens udløb 77

§ 77 Vagtberedskabshonorar 77

§ 78 Bestemmelser om vagtberedskabshonorering 77

§ 79 Attesttakst 78

§ 80 Ansøgning om tilskud til lægemidler til terminalpatienter 79

§ 81 Laboratorieundersøgelser 80

§ 82 Kørselsgodtgørelse 81

§ 83 Bestemmelser om honorering for udgifterne til kørsel 82

§ 84 Regulering af honorarer 83

§ 85 Takstanvendelse ved ændring i reguleringsprocenten 83

KAPITEL VIII. AFREGNING 84

§ 86 Basishonorarafregning 84

§ 87 Afregning af ydelseshonorarer 84

§ 88 Afregning af kronikerhonorar 86

§ 89 Afregning af honorarer som er pålagt moms 86

§ 90 Ydelseshonorarafregning vedrørende socialmedicinsk samarbejde ... 86

§ 91 Afregning af vagtberedskabshonorar 87

§ 92 Afregning af kørselsgodtgørelse 87

§ 93 Blanketter, herunder elektroniske blanketter 87

§ 94 Indbetaling af pensionsbidrag 88

§ 95 Indbetaling til Administrationsudvalget 88

KAPITEL IX. KONTROLBESTEMMELSER 90

§ 96 Årsopgørelser og fastsættelse af højestegrænser 90

§ 97 Økonomisk lægemiddelordination 91

KAPITEL X. KVALITETSSIKRING OG IT 93

§ 98 Anvendelse af IT i almen praksis 93

§ 99 Kodning og indberetning af data 94

§ 100 Det Fælles Medicin Kort (FMK) 94

§ 101 Forløbsplaner 94

§ 102 Kvalitetsmodel i almen praksis 95

§ 103 Patientoplevet kvalitet i almen praksis 95

KAPITEL XI. ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNERNE 97

§ 104 Elektronisk kommunikation mellem lægen og kommunens plejepersonale. 97

KAPITAL XII UDVALG OG FONDE 98

§ 105 Kommunalt-lægelige udvalg mellem kommunerne og de praktiserende læger 98

§ 106 Fonden for Almen Praksis 99

§ 107 Opgaver og beføjelser for Fonden for Almen Praksis 99

§ 108 Indbetaling af midler til Fonden for Almen Praksis 100

§ 109 Fonden for Almen praksis ved universiteterne (APU) 101

Kvalitetsarbejde i regionerne 101

§ 110 De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg 101

§ 111 Opgaver for de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg 102

§ 112 Midler til understøttelse af kvalitetsudvikling og efteruddannelse 103

KAPITEL XIII. SAMARBEJDSBESTEMMELSER OG VEDLIGEHOLDELSE AF AFTALEN 105

§ 113 Samarbejdsudvalg 105

§ 114 Samarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser 106

§ 115 Landssamarbejdsudvalget 108

§ 116 Landssamarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser 108

§ 117 Landssamarbejdsudvalgets sanktionsmuligheder 110

§ 118 Fortolkningsbidrag 111

Opmand 111

§ 119 Opmand 111

§ 120 Opmandens opgaver 111

KAPITEL XIV. KLAGEREGLER 113

§ 121 Klagereglernes omfang 113

§ 122 Fremsættelse af klager 113

§ 123 Behandling af klager fra patienter 113

§ 124 Behandling af klager fra læger 114

§ 125 Behandling af klager fra kommuner 114

§ 126 Fælles regler for behandling af klager 114

§ 127 Afgørelse af klagesager og anke 115

§ 128 Faglige klager 115

KAPITEL XV. IKRAFTTRÆDEN M.V. 117

§ 129 Adgang til ændringer i overenskomsten 117

§ 130 Ikrafttræden 117

§ 131 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 MELLME ALMEN PRAKSIS, SYGEHUSVÆSEN, KOMMUNER OG REGIONER AF 21-12-2010 123

BILAG 3 PROTOKOLLAT OM FAGLIGE RAMMER FOR PILOTPROJEKT VEDR. KLINISK INDSATS FOR MULTISYGE af 19-06-2021 125

BILAG 4 PROTOKOLLAT OM STYRKET OPFØLGNINGSINDSATS AF 14-09-2017 (RETTET 19-06-2021) 129

BILAG 5 ØKONOMIPROTOKOLLAT AF 10-09-2024 131

BILAG 6 PROTOKOLLAT VEDR. DIFFERENTIERET BASISHONORAR AF 14-09-2017 (rettet 19-06-2021) 134

BILAG 7 PROTOKOLLAT VEDRØRENDE DEN SAMLEDE HONORERING AF 13-10-2002 (rettet pr. 14-09-2017) 137

BILAG 8 PROTOKOLLAT OM FORLØBSPLANER AF19-06-2021 139

BILAG 9 PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF YDELSERNE I OVERENSKOMSTEN OG SAMMENHÆNGEN TIL DET ALMENMEDICINSKE ARBEJDSOMRÅDE AF 16-04-1999 141

BILAG 10 ORGANISERING AF ALMEN PRAKSIS AF 9-06-2021 142

BILAG 10 PROTOKOLLAT OM TILSKUDSBERETTIGET EFTERUDDANNELSE AF 10-09-2024 145

BILAG 11 PROTOKOLLAT OM KVALITET, FORSKNING OG EFTERUDDANNELSE AF19-06-2021 158

BILAG 12 HANDLINGSPLAN OM CYBER- OG INFORMATIONSSIKKERHED 19-06-2021 164

BILAG 13 PROTOKOLLAT VEDR. TILBUD TIL LÆGER, DER ØNSKER AT ETABLERE STØRRE PRAKSIS OG/ELLER UDVIKLE DERES PRAKSIS AF 21-12-2010 rettet 19-06-2021 166

BILAG 14 PROTOKOLLAT OM IT OG DATA I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010 (rettet 19-06-2021) 169

BILAG 15 PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF SUNDHEDSKORT VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS RETTET pr. 19-06-2021 172

BILAG 16 PROTOKOLLAT OM OPMANDSFUNKTIONEN OG ORGANISATIONSANSVAR AF 27-04-1995 174

BILAG 17 PROTOKOLLAT OM VANDELSBESTEMMELSE AF 18-10-2016 175

BILAG 18 PROTOKOLLAT VEDR. FASTE LÆGER PÅ BOSTEDER AF 10-09-2024 176

BILAG 19 PROTOKOLLAT OM FAST TILKNYTTET LÆGE PÅ PLEJEHJEM AF 19-06-2021 181

BILAG 20 PROTOKOLLAT OM SANKTIONER FOR OVERTRÆDELSE AF VAGTINSTRUKS AF 11-05-2007 184

BILAG 21 VEJLEDENDE FORRETNINGSORDEN FOR SAMARBEJDSUDVALG AF24-01-2006 rettet 19-06-2021 185

ØVRIGE AFTALER 187

RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF TILLÆGSYDELSER EFTER BESLUTNING I REGIONERNE 187

RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF LABORATORIEUNDERSØGELSER M.M. EFTER BESLUTNING I REGIONERNE 189

AFTALE OM PROGRAM FOR DIABETES TYPE 2 OG KOL I ALMEN PRAKSIS AF 14-09-2017 (rettet pr. 19-06-2021) 191

AFTALE om HONORERING FOR VEJLEDNING af IKKE-TILMELDTE OM ANVENDELSE AF SVANGERSKABSFOREBYGGENDE METODER (RETTET 19-06-2021) 201

AFTALE OM DOSISPAKKET MEDICIN TIL RELEVANTE PATEINTER, DOG DÆRLIGT PATIENTER FRA HJEMMEPLEJEN AF 14-03-2023..... 204

PROFYLAKSEAFTALEN 207

TUTORLÆGEAFTALEN - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER AF 14-09-2014 ÆNDRET VED AFTALE AF 19-06-2021 217

AFTALE VEDR. OMKOSTNINGSDÆKNING AF JOURNALER VED PRAKSISLUKNING AF 29-11 2007 221

VEJLEDNING I ANVENDELSE AF OVERENSKOMSTENS YDELSER ... 222

KAPITEL I. FORORD OG UDVIKLINGSKONTRAKT

Parterne er enige om at arbejde på en revision af forord og udviklingskontrakt i løbet af overenskomstperioden.

Kontrakten for almen praksis

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

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 sundhedsydelser 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, efteruddannelsestilbud, forskning, og organisationsudvikling. Det skal ligeledes ske gennem praksisplanudvalgene, som skal udarbejde praksisplaner 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 én 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.

Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis og centrale og regionale forløbsprogrammer vil udgøre rammerne for kronikeromsorgen, og efterhånden 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 uhensigtsmæssige indlæggelser.

Kommunerne varetager den forebyggende indsats i form af f.eks. 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.

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 decentrale 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 retningslinjer/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. let tilgængelige 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 foretages 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, mailsparring 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 f.eks. 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, f.eks. 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.

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, og med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis er de praktiserende læger introduceret til et redskab til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling.

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 gennemsigtighed i sundhedsvæsenet. Offentliggørelse af kvalitetsdata skal ikke kunne identificere den enkelte patient, læge eller praksis.

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 tidssvarende 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 medicinhåndtering, 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 kvalitetsudvikling. 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 borgere og omfatter vederlagsfri sygdomsbehandling og forebyggende arbejde i henhold til sundhedsloven. Gruppe 1-sikrede borgere betegnes i det følgende ”patienter”.

Stk. 3.
Overenskomsten omfatter, i det omfang det er fastsat i de enkelte bestemmelser, behandling af andre patienter end de i stk. 2 nævnte.

KAPITEL III. PLANLÆGNING OG LÆGEDÆKNING

§ 2 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. § 14, 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. Besvarelserne af høringen anses ikke 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.

§ 3 REGIONENS ORIENTERINGSFORPLIGTELSE

Stk. 1.
Regionen orienterer Samarbejdsudvalget, såfremt regionen planlægger at:

a) udløse nye ydernumre
b) dispensere fra at en ledig kapacitet efter **ét** år falder tilbage til regionen.
c) opføre offentligt ejede lægehuse
d) udbyde drift af praksis
e) 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.

§ 4 FLYTNING

Stk. 1.
Læger, der ønsker at flytte praksis, skal, jf. sundhedslovens § 57b, stk. 2, indhente regionens godkendelse. Regionen skal godkende flytninger, som ikke ændrer forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne.

§ 5 KOBLING AF YDERNUMMER TIL EN BESTEMT FYSISK LOKALITET

Stk. 1.
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.

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 opsplitning 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 13 optrykte protokollat.

KAPITEL IV. VILKÅR FOR PRAKSISDRIFT

NEDSÆTTELSE I ALMEN PRAKSIS OG KRAV TIL LÆGEN

§ 7 AUTORISATIONSKRAV FOR ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER

Stk. 1.
Ret til at påtage sig praksis i henhold til denne overenskomst har læger, der har Styrelsen for Patientsikkerheds 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.
Klinikken skal overfor regionen, samt i praksisdeklarationen, oplyse, hvilke læger der har fast daglig virke i klinikken. Det er de navngivne læger, som borgerne skal kunne forvente at møde i klinikken, der skal oplyses om.

§ 8 NEDSÆTTELSE I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.
En læge, der ønsker at nedsætte sig som praktiserende læge i henhold til overenskomsten, og som opfylder kravene i § 7, skal sende en blanket (Tilmelding/Ændringer til yderregisteret/Praksisdeklaration) til PLO. Lægen skal overfor PLO dokumentere at have enten overtaget en eksisterende praksis/praksisdel eller af regionen/Samarbejdsudvalget fået tildelt ret til nedsættelse. Lægen skal sammen med blanketten indsende dokumentation for, at lægen opfylder betingelserne i § 7. Opfylder lægen betingelserne, sender PLO meddelelse herom til regionen. Nedsættelsen sker med virkning fra den 1. i en måned.

Stk. 2.
Det er ikke muligt at eje et ydenummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker. Ansvaret for at overenskomsten overholdes, ligger hos den læge, som ejer ydernummeret.

Stk. 3.
Det er en forudsætning for, at en læge kan nedsætte sig og praktisere efter overenskomsten, at lægen kan fremvise en børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for arbejdet i almen praksis. Er dette ikke tilfældet, må lægen ikke praktisere efter overenskomsten. Børneattest er påkrævet ved køb af klinik med eksisterende ydernummer, etablering af delepraksis,

satellitpraksis, ydernummer på licens eller ved tildeling af nyt ydernummer fra regionen.

Stk. 4.
Forud for erhvervelse af praksis retter lægen henvendelse til regionen, som på lægens fuldmagt indhenter børneattest. Regionen træffer afgørelse om, hvorvidt en børneattest er påtegnet alvorlige anmærkninger af relevans for at virke under overenskomsten. Afgørelsen meddeles lægen, som ved regionens godkendelse nu kan erhverve en praksis.

Stk. 5.
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 kursustilbuddet skal sikres.

Stk. 6.
Læger der har ansættelse ved sygehus, klinikker, laboratorier eller lignende, kan ikke drive almen praksis efter denne overenskomst, medmindre der gives dispensation hertil af Samarbejdsudvalget.

Stk. 7.
En læge der ønsker at overdrage sin praksis/praksisdel har ret til at overdrage praksis/praksisdelen til en læge, der opfylder de i § 7, stk. 1-2 anførte autorisationskrav.

Stk. 8.
Regionen skal bekræfte, at lægens nedsættelse opfylder betingelserne i stk. 1-7, og giver lægen og PLO besked herom. Nedsættelsen skal ske med virkning fra den 1. i en måned.

Stk. 9.
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. 10.
Læger, der udfører lægearbejde efter denne overenskomst, har pligt til at tegne en lægeansvarsforsikring. Læger, der deltager i en vagtordning med

et vagtydernummer, jf. § 41, stk. 7, skal tilsvarende have tegnet en lægeansvarsforsikring.

PRAKSISFORMER OG SELSKABSKONSTRUKTION

§ 9 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 to 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. § 8, og som er ansat i et anpartsselskab, aktieselskab eller andet selskab. Selskabets vedtægter skal være godkendt af PLO, jf. § 10.

Stk. 4.
Anparterne/aktierne i et alment lægeselskab kan ejes af et holdingselskab. Holdingselskabets vedtægter skal være godkendt af PLO, jf. § 10.

Stk. 5.
Almen praksis kan kun udøves i forbindelse med ét konsultationssted, medmindre regionen har givet en praksis tilladelse til satellitpraksis, jf. § 11, eller en læge har erhvervet flere ydernumre til drift på andre praksisadresser, jf. stk. 6.

Stk. 6.
En praksis kan erhverve/opkøbe yderligere lægekapaciteter fra regionen, når regionen opslår ledige kapaciteter, eller opkøbe og med regionens godkendelse flytte kapacitet fra en anden lægepraksis, jf. § 4. Ansættelse af

speciallæger almen medicin i fast stilling i de ekstra kapaciteter skal følge § 24.

Stk. 7.
Af sundhedslovens § 227, stk. 2, jf. Lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016 som ændret ved lov nr. 1374 af 4. december 2017, fremgår, at ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer[1], kan overdrages til regionsrådet og til læger[2]. Endvidere fremgår, at regionsrådet kan sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. Sundhedslovens § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. Sundhedslovens § 227, stk. 2, 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til seks ydernumre erhvervet i henhold til 1. og 2. pkt.

NOTE til § 9, stk. 1:
Samarbejdspraksis er:
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.

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

§ 10 ALMEN PRAKSIS I SELSKABSFORM

Stk. 1.
Læger der udøver almen praksis i selskabsform er personligt forpligtede efter overenskomstens almindelige bestemmelser, ligesom det er den

[1] Jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1
[2] Jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1

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 § 8, 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 § 8, 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 § 18, stk. 2.
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 § 8, 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 på forlangende være tilgængelige for PLO og RLTN samt vedkommende region, og der skal til enhver tid kunne forlanges attestation fra selskabet om dets ejerforhold.

Stk. 5.
Et alment lægeselskab kan ikke 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 regionen, for hvilke praksis man har godkendt vedtægter vedrørende alment lægeselskab og eventuelt holdingselskab.

NOTE til § 10, stk. 3, pkt. 7:
I enkeltmandspraksis kan generalforsamlingen dog i en periode på maksimalt 12 måneder, efter en direktør er fratrådt på grund af alvorlig sygdom, ansætte en direktør, der ikke opfylder de anførte krav. I tilfælde af, at direktøren i et enkeltmandsselskab afgår ved døden, kan der i den periode, hvor boet i henhold til § 18, stk. 2 kan eje indskudskapitalen, ansættes 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.

§ 11 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, medmindre 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.

§ 12 YDERNUMRE PÅ LICENS

Stk. 1.
Et ydernummer kan tildeles en læge personligt uden mulighed for videresalg. 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.

Stk. 3.
Lægen kan overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale med regionen om værdiansættelse, overtagelse m.v.

NOTE til § 12, stk. 1.
Der er ikke bestemte overenskomstmæssige krav til, hvordan en given aftale om ydernummer på licens skal se ud, herunder hvilken rolle regionen har i den virksomhedsnære drift. Det centrale er, at ydernummeret ikke er overdraget endeligt til lægen, og at regionen i perioden hvor ydernummeret drives på licens understøtter lægen på relevant vis mod betaling af et omkostningsbidrag. Der er ikke overenskomstmæssige krav til, om regionen f.eks. skal eje lokalerne eller om de stilles til rådighed på anden vis, dog under hensyn til gældende lovgivning.

§ 13 DELEPRAKSIS

Stk. 1.
Hensynet til læger med behov for nedsat arbejdsmængde i almen praksis kan tilgodeses via delepraksis. Delepraksis indebærer, at der optages en ekstra læge som delekompagnon eller som ansat i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter. Den ekstra læge skal overholde betingelserne i § 8, stk. 1-7.

Stk. 2.
Tilladelse til delepraksis meddeles af Samarbejdsudvalget ved behov for aflastning, når:

- den praktiserende læge er kronisk syg eller alvorligt syg
- der er alvorlig sygdom i lægens nære familie
- den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum ti timer pr. uge.

Stk. 3.
Lægen har pligt til at meddele regionen, når det forhold der begrundede delepraksis, jf. stk. 2, ikke længere er er aktuelt.

Stk. 4.
Delepraksistilladelse kan gives til eksisterende praksis eller til læger, som ønsker at erhverve en praksis med henblik på at drive den som delepraksis.

Samarbejdsudvalget drøfter patientkapaciteten i ansøgerens/ansøgernes 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 luk1kegrænse skal kunne begrundes i hensynet til de øvrige praksis i områder, hvor der ikke mangler lægekapacitet.

Stk. 5.
Tilladelse til etablering af delepraksis er en personlig ordning, jf. dog stk. 6. Når dén hvis forhold har begrundet tilladelse til delepraksis, udtræder af praksis, bortfalder delepraksistilladelsen. Tilladelsen bortfalder endvidere senest to år efter at forholdet, som begrundede tilladelsen ikke længere er til stede. Ovenstående er gældende for tilladelser givet fra den 1. september 2014. Se § 21 om ophør i delepraksis.

Stk. 6.
I lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen har såvel eksisterende som nye praksis ret til at etablere delepraksis i en tidsbegrænset periode på op til seks år. Klinikken, som har praksisadresse i et lægedækningstruet område i henhold til praksisplanen, meddeler PLO datoen for

påbegyndelse af delepraksis. PLO orienterer regionen. Mindstekapaciteten i praksis fastlægges til det patientantal, som er tilmeldt i praksis på tidspunktet for ikrafttrædelse.

Stk. 7.
Lægen som driver praksis i lægedækningstruede områder, og som har etableret delepraksis efter stk. 6, har i forlængelse af den seks-årige periode ret til at få tilført en ekstra lægekapacitet, når perioden for delepraksis udløber. Lægen meddeler regionen seks måneder inden udløb af delepraksistilladelsen, at man ønsker tildeling af en ekstra lægekapacitet, og angiver hurtigst muligt navn på lægen, der skal udfylde lægekapaciteten.

Stk. 8.
Fornyet deletilladelse efter seks år, jf. stk. 6, sker på vilkår, som for ikke-lægedækningstruede områder, jf. stk. 2-5.

Stk. 9.
Læger over 62,5 år, der har klinik i et lægedækningstruet område iht. praksisplanen, har ved udløb af det sjette år efter etablering af delepraksis, ret til at forlænge delepraksis i indtil yderligere seks år. Ordningen er personlig og kan ikke overdrages.

NOTE til § 13, stk. 6 og 7:
Praksis' geografiske beliggenhed i et lægedækningstruet område på aftaletidspunktet, hvor lægen meddeler delepraksis til PLO med en navngiven delelæge, er afgørende for retten til delepraksis. Delepraksis skal være etableret senest seks måneder efter aftaletidspunktet.

NOTE TIL § 13, stk. 9
Aldersgrænsen på 62,5 år er defineret ved pensionsalderen for personer født mellem 1.1.1954 og 30.6.1954 minus tre år. Aldersgrænsen hæves løbende med udgangspunkt i udviklingen i pensionsalderen minus tre år afhængig af lægens fødselstidspunkt.

TILMELDING AF PATIENTER

§ 14 PRAKSISSTØRRELSE

Stk. 1.
En praksis der som minimum har 1.600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, har ret til straks at få lukket for tilgang.

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 til genstand for forhandling i Samarbejdsudvalget.

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

Stk. 3.
Praksis der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge Samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal patienter, dog ikke under 538. Ansøgning fra læger, der er fyldt 60 år**,** yngre ny-rekrutterede læger eller læger, som i minimum seks timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde bør så vidt muligt imødekommes. Hvis lukning må anses for at forringe patienternes valgmulighed urimeligt, kan samarbejdsudvalget give tilladelse til selektiv lukning.

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

Stk. 4.
Regionen og PLO-regionalt kan, hvor der foreligger særlige grunde, tage spørgsmålet om lukning for tilgang til praksis op til afgørelse i Samarbejdsudvalget.

Stk. 5.
Praksis der har lukket for tilgang af patienter, får automatisk på ny åbnet for tilgang, når antal tilmeldte patienter falder til under 1.550 pr. lægekapacitet eller det andet antal, der i de i stk. 1-3 nævnte tilfælde måtte være fastsat. Når patientantallet på ny når en aftalt lukkegrænse, jf. stk. 1-3, lukker regionen automatisk for tilgang.

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 1.600 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.

§ 15 ØVRE LUKKEGRÆNSE

Stk. 1.

Hvis en praksis har 2.700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, skal der søges om Samarbejdsudvalgets godkendelse af fortsat at have åben for patienttilgang. Samarbejdsudvalget giver tilladelse, med mindre væsentlige forhold taler imod. Reglen gælder ikke for delepraksis. Her henvises til § 13, stk. 4.

FRASIGELSE AF PATIENTER

§ 16 FRASIGELSE AF PATIENT

Stk. 1.

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. Lægen bør forud for frasigelsen orientere patienten om årsagen til frasigelsen. Regionen skal vejlede patienten om patientens muligheder for at påklage lægens frasigelse, jf. kapitel XIV. For så vidt angår frasigelse af voldelige eller truende patienter henvises til § 17.

Stk. 2

Frasigelsen sker umiddelbart, men den frasigende læge er fortsat ansvarlig for behandlingen indtil en ny læge er valgt eller tildelt.

§ 17 VOLDELIGE ELLER TRUENDE PATIENTER

Stk. 1.

En læge kan ved henvendelse til regionen frasige sig en patient, som i en eller flere konkrete situationer, har optrådt truende eller voldeligt over for lægen eller praksispersonalet. Regionen underretter Samarbejdsudvalget herom. Frasigelsen sker umiddelbart. Ved akut behov for lægehjælp er den frasigende læge fortsat ansvarlig for behandlingen indtil en ny læge er valgt eller tildelt.

Stk. 2

Regionen skal underrette og partshøre patienten i forbindelse med, at lægen på grund af patientens truende eller voldelige adfærd har frasagt sig patienten. Lægen skal høres over patientens eventuelle bemærkninger. På

baggrund af høringssvarene træffer Samarbejdsudvalget afgørelse om, hvorvidt der er tale om frasigelse i henhold til § 16 eller § 17.

Stk. 3.
Regionen skal meddele patienten, 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 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. gældende lovbekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge.

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 eller er blevet tildelt en ny læge, skal den pågældende læge underrettes om baggrunden for patientens lægeskift.

Stk. 7.
Hvis patienten anmoder om det, skal Samarbejdsudvalget vurdere, om fremgangsmåden i stk. 3, 2. pkt. stadig er påkrævet. En vurdering kan tidligst foretages to år efter, at patienten er frasagt efter § 17. Vurderingen skal ske på baggrund af oplysninger indhentet fra patienten og dennes nuværende læge.

Stk. 8.
Samarbejdsudvalget kan efter konkret vurdering, og hvor der er tungtvejende grunde, beslutte at fremgangsmåden i stk. 2 også kan benyttes i andre tilfælde. Det kan eksempelvis gælde, hvor en patient har været voldelig over for andre læger end lægen, hvor patienten er tilmeldt.

NOTE til § 17:
Parterne er enige om, at regionen og PLO-regionalt skal søge at træffe aftale med de lokale politimyndigheder om politiets assistance i de i § 17 omhandlede tilfælde. Justitsministeriet har overfor parterne udtrykt imødekommenhed over for politiets deltagelse i løsning af problemer med voldelige patienter.

OPHØR I ALMEN PRAKSIS

§ 18 OPHØR VED DØDSFALD OG KONKURS

Stk. 1.
Når en læge dør eller går konkurs, meddeler boet eller kurator snarest muligt regionen, om boet eller kurator sørger for en stedfortræder for lægen, samt om praksis søges videreført ved salg, jf. stk. 2, eller bringes til ophør, jf. § 19.

Stk. 2.
Når en læge dør eller går konkurs, kan dennes praksis/praksisdel/anparter ejes af boet/kurator i maksimalt et år fra dødsfaldet/konkursen under forudsætning af, at boet/kurator sørger for en stedfortræder for afdøde. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning tillade, at ejerperioden forlænges ud over et år, hvis der foreligger en rimelig begrundelse herfor.

Stk. 3.
Regionen skal orientere patienterne i de situationer, hvor de skal tilbydes lægeskifte, jf. gældende lovgivning. Dette gælder ophør eller ændringer iht. §§ 18-22.

NOTE til § 18, stk. 4
Regionerne aftaler med kommunerne i regionen, at kommunerne bistår regionen med administrative opgaver, herunder information af patienter i forbindelse med ændringer i praksis.

§ 19 PRAKSISOPHØR I ENKELTMANDSPRAKSIS, NÅR PRAKSIS IKKE OVERTAGES AF EN ANDEN LÆGE

Stk. 1.
Hvis en læge vil ophøre med praksis, uden at der er udsigt til at praksis overtages af en anden læge, har lægen pligt til at varsle det over for regionen seks måneder før ophørsdatoen (foreløbigt varsel). Lægen har efter afgivelse af det foreløbige varsel to måneder til at sælge sin praksis.

Fire måneder før det varslede ophør afgiver lægen retten til at disponere over ydernummeret til regionen og orienterer PLO herom. Der kan dog før udløb af 4-måneders perioden indgås aftale mellem region og læge om, at regionen overtager dispositionsretten, evt. mod betaling af en kompensation.

Stk. 2.
Når en læge har afgivet det foreløbige varsel, jf. stk. 1, om ophør, skal **parterne** drøfte mulighederne for at håndtere lægedækningen, herunder om den ophørende læges patienter vil kunne fordeles blandt andre læger med ledig patientkapacitet eller om der er praksis, som ønsker at udvide med den lægekapacitet, der vil blive ledig.

Stk. 3.
Hvis ophør i enkeltmandspraksis skyldes, at lægen får frataget sin autorisation (permanent eller midlertidigt) bliver alvorligt syg, dør eller går konkurs gælder fristerne i stk. 1 ikke. Lægen/stedfortræder/kurator/bo har pligt til at give meddelelse om ophør til regionen med fire ugers varsel.

Stk. 4.
Ophør i enkeltmandspraksis kan kun ske ved udgangen af en måned.

§ 20 OPHØR I KOMPAGNISKAB
Stk. 1.
Hvis en læge i et kompagniskab ophører uden at overdrage sin praksisdel til en ny læge, overgår den ledige lægekapacitet til den/de tilbageværende læge(r) som indenfor en frist på et år søger at få den ledige praksisdel besat med en ny læge. Fristen på et år regnes fra den ophørsdato, som lægen har meddelt til PLO og regionen. Regionen kan beslutte at give dispensation for fristen på et år, hvis der generelt er rekrutteringsudfordringer i det geografiske område.

Stk. 2.
Hvis den/de tilbageværende læger i kompagniskabspraksis 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 seks måneders (foreløbigt varsel). Samtidig med det foreløbige varsel gives der besked til regionen om, hvor mange patienter praksis kan fortsætte med at have tilmeldt. Hvis den tilbageværende læge/læger ikke har mulighed for fortsat at have alle patienter tilmeldt, skal de med fire måneders varsel give endelig meddelelse til regionen om dette (endeligt varsel). Samtidig gives afkald på den ledige lægekapacitet.

Stk. 3.
Når regionen har modtaget det foreløbige varsel, jf. stk. 2, før forventet ophør iværksættes samme procedure, som er beskrevet i § 19, stk. 2. Praksisplanudvalget træffer derefter beslutning om, hvordan de patienter, som praksis afstår, kan tilmeldes en anden læge.

Stk. 4.
Den ophørende læge indsender ophørsmeddelelse til regionen og PLO.

Stk. 5.
Ved opløsning af et kompagniskab eller ændringer i sammensætningen heraf, ved nedlæggelse eller overdragelse af en praksis, og ved andre ændringer giver klinikken - gennem PLO - regionen besked herom senest syv uger inden ændringen træder i kraft, således at regionen kan gennemføre de fornødne administrative procedurer. Ved nedlæggelse af et kompagniskab skal endeligt varsel og foreløbigt varsel i stk. 2 benyttes.

§ 21 OPHØR I DELEPRAKSIS

Stk. 1.
Ophører en læge i en delepraksis (ejers udtrædelse, salg af praksis, fratrædelse af ansat læge), der er etableret før 1. september 2014, bortfalder delepraksisstatus.

Stk. 2.
Ved delepraksis tildelt som personlig ordning efter 1. september 2014 gælder, at delepraksisstatus bortfalder, hvis den læge til hvem tilladelsen er tilknyttet, ophører i praksis. Ophører en af de øvrige læger i delepraksis, uden at praksisdelen overdrages, overgår den ledige kapacitet til de tilbageværende læger, som kan vælge at ophøre som delepraksis, og overgå til almindelig flerlægepraksis, eller forsøge inden for en frist på et år at besætte den ledige kapacitet med en ny kompagnon eller en ansat læge. Regionen kan give dispensation for fristen på et år, hvis der generelt er rekrutteringsudfordringer i det geografiske område.

Stk. 3.
Varslingsreglerne og frister samt procedure for håndtering af patienter, jf. § 19, gælder også, hvis en læge stopper i delepraksis, hvor den ophørende læges kolleger ikke har mulighed for fortsat at have alle patienter tilmeldt.

Stk. 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. Kompagniskabspraksis der drives som delepraksis kan ved opløsning maksimalt opdeles i et antal selvstændige praksis svarende til det antal lægekapaciteter, som kompagniskabet rådede over før. Lægerne skal således aftale, hvordan praksis videreføres, hvis lægerne i en delepraksis ikke længere fortsætter samarbejdet.

§ 22 OPHØR I SÆRLIGE TILFÆLDE

Stk. 1.
Hvis en læge har:

- **a)** fraskrevet sig sin autorisation,
- **b)** er blevet endeligt frataget sin autorisation,
- **c)** ved dom for strafbart forhold er blevet frakendt retten til at udøve virksomhed som læge eller
- **d)** hvis lægen har mistet retten til selvstændigt virke

kan denne eje sin praksis/praksisdel/anparter i maksimalt et år under forudsætning af, at den pågældende sørger for en stedfortræder. 1-års-fristen gælder fra tidspunktet for autorisationsfraskrivelsen, domsafsigelsen, eller fra tidspunktet hvor retten til selvstændigt virke mistes. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning tillade, at ejerperioden forlænges, hvis der foreligger en rimelig begrundelse for, at 1-års-fristen for afståelse af den ledige praksis/praksisdel/anparter ikke kan overholdes.

ANSÆTTELSE AF LÆGER

§ 23 GENERATIONSSKIFTE

Stk. 1.
Med henblik på at lette praksisoverdragelse kan en praktiserende læge ansøge Samarbejdsudvalget om tilladelse til at ansætte en speciallæge i almen medicin uden at have en ledig kapacitet. Efter seks måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i op til fem år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse, samtidig med at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis. Samarbejdsudvalget fastsætter vilkårene for tilladelsen. **Ansøgning til samarbejdsudvalget om indgåelse af generationsskifte forudsætter ikke en bestemt alder.**

Stk. 2.
Læger som er fyldt 62,5 år, har ret til at indgå generationsskifteaftale ved ansættelse af en speciallæge i almen medicin uden at have en ledig kapacitet, jf. vilkårene i § 24. Efter to år skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis. Lægerne kan fortsætte kompagniskabet indtil den ældre læge

lader sig pensionere. Aldersgrænsen hæves fremadrettet med udgangspunkt i udviklingen i pensionsalderen, jf. note til til § 13, stk. 8.

§ 24 ANSATTE LÆGER I FAST STILLING

Stk. 1.
En praksis kan besætte en ledig lægekapacitet/delekapacitet med en ansat speciallæge i almen medicin i en fast stilling i stedet for med en kompagnon. Ansættelse og fratræden af læger i en ledig kapacitet/delekapacitet skal meddeles PLO på en blanket (Skema vedr. ansat speciallæge i almen medicin). PLO giver regionen meddelelse herom hurtigst muligt.

Stk. 2.
Antallet af ansatte læger kan maksimalt udgøre halvdelen af antallet af lægekapaciteter tilknyttet en praksis. Det gælder ikke for praksis beliggende i et lægedækningstruet område i henhold til praksisplanen, eller praksis i henhold til § 9, stk. 7. I ikke-lægedækningstruede områder kan lægen søge Samarbejdsudvalget om tilladelse til at besætte mere end halvdelen af praksis' samlede lægekapacitet med ansatte læger.

Stk. 3.
Ved en læges praksisophør eller på grund af en tilladelse til udvidelse af praksis/ny tilladelse til delepraksis skal en ledig kapacitet indenfor et år overdrages til en ny læge, eller der skal være ansat en speciallæge i almen medicin i fast stilling. Regionen kan beslutte at give dispensation for fristen på et år, hvis der generelt er rekrutteringsudfordringer i det geografiske område.

Stk. 4.
Praksis i lægedækningstruede områder i henhold til Praksisplanen kan ansøge Samarbejdsudvalget om dispensation til at ansætte en læge i fase tre af deres uddannelsesforløb til speciallæge i almen medicin.

Stk. 5.
Praksis kan vælge at overgå til kompagniskabspraksis, når det ønskes, såfremt den ansatte er speciallæge i almen medicin.

Stk. 6.
Praksisejeren/ejerne er ansvarlige for ansatte lægers overholdelse af denne overenskomst.

§ 25 VIKARER

Stk. 1.
Vikar ansat i almen praksis skal som hovedregel være speciallæge i almen medicin medmindre lægen har ret til selvstændigt virke og har været fase 2 amanuensis i pågældende klinik.

Stk. 2.
Der kan ansættes en vikar i indtil to måneder, hvis vikaren er en læge med ret til selvstændigt virke. Fristen på to måneder gælder også, selvom vikaren arbejder i klinikken få dage om ugen, eller der sker en forlængelse af en tidsbegrænset ansættelse.

Stk. 3.
En vikar med ret til selvstændigt virke kan dog ansættes i indtil seks måneder i en flerlægepraksis, hvis der er en ejerlæge fysisk til stede i klinikken, når vikarlægen arbejder. Vikarlægen må ikke være eneansvarlig for patienter.

Stk. 4.
En vikar fungerer som stedfortræder for lægen, og parterne må derfor ikke være til stede i praksis samtidig.

NOTE til § 25:
Vikarer uden speciallægeanerkendelse skal være underlagt supervision af en ejerlæge, der er speciallæge i almen medicin.

§ 26 LÆGER UDEN FOR NORMERING

Stk. 1.
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.

Stk. 2.
En læge som er fyldt 62,5 år, og som har praksis i et lægedækningstruet område i henhold til praksisplanen, kan korttidsansætte **en læge** udenfor normering, således at lægen udenfor normering befinder sig i praksis

samtidigt med ejerlægen. Aldersgrænsen hæves løbende med udgangspunktet i pensionsalderen, jf. note til § 13, stk. 8.

NOTE til § 26, stk. 2.
Virker lægen udenfor normering i praksis i en længere periode opfordres klinikken til at melde lægens navn ind til regionen som delelæge, så navnet kan fremgå af lægevalgslisten.

HENVISNINGSMULIGHEDER OG SAMSPIL

§ 27 HENVISNING TIL SYGEHUSE

Stk. 1.

Lægen kan indlægge patienter på sygehusene og henvise til andre undersøgelser og behandling uden særskilt honorar, jf. dog § 79, efter de i sundhedslovgivningen gældende regler.

§ 28 HENVISNING TIL SPECIALLÆGEPRAKSIS

Stk. 1.

Lægen kan henvise patienter til speciallægeundersøgelse og –behandling, jf. dog stk. 3. 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 lægen ved, ikke er tilmeldt overenskomsten om speciallægehjælp, skal patienten gøres opmærksom på de betalingsmæssige konsekvenser heraf.

Stk. 3.

Henvisningen udstedes uden særligt honorar via henvisningsformidlingen (DNHF) på en af overenskomstens parter og Foreningen af Speciallæger aftalt elektronisk henvisningsblanket, der angiver det i stk. 2 nævnte forhold. Med henvisningen skal følge relevante anamnestiske oplysninger og meddelelser om resultatet af allerede foretagne undersøgelser.

§ 29 DELING AF JOURNALNOTATER

Journalnotater skal deles med patienten selv og relevante sundhedspersoner, som har patienten i behandling, senest ved udgangen af 2026. Journalnotaterne skal kunne findes på sundhed.dk.

§ 30 DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER

Stk. 1.

Regionen kan beslutte, at laboratorieundersøgelser skal finde sted i regionens sygehusvæsen, og at lægen ikke kan henvise til private laboratorier på regionens regning. Såfremt lægen i den situation henviser til private laboratorier, skal patienten gøres opmærksom på de betalingsmæssige konsekvenser heraf. Regionen kan fastsætte regler om henvisning til laboratorier, hvormed regionen har særlig overenskomst.

Stk. 2.
Lægen kan rekvirere undersøgelser på Statens Seruminstitut, hvis der ikke er fastsat begrænsning herfor, jf. stk. 3.

Stk. 3.
Regionen kan beslutte, 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. Beslutningen skal meddeles de praktiserende læger.

Stk. 4.
Rekvisitionen sker efter retningslinjer aftalt mellem RLTN og Statens Seruminstitut.

§ 31 HENVISNING TIL BEHANDLING VED FYSIOTERAPEUT

Stk. 1.
Lægen kan henvise til fysioterapi. Henvisning kan ske til almindelig fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi.

Ved henvisning til almindelig fysioterapi kan benyttes fysioterapeuter, som har tiltrådt overenskomst mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter.

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 via henvisningsformidlingen (DNHF) på en af overenskomstens parter og Danske Fysioterapeuter aftalt elektronisk henvisning. Patienten skal kun have en ny henvisning, hvis henvisningen er udløbet eller der er sket en ændring til henvisningen.

Stk. 3.
En henvisning til vederlagsfri fysioterapi gælder for 12 måneder og kan, hvis der er behov herfor, fornys for 12 måneder ad gangen. Kort inden udløbet af hver henvisning udarbejder fysioterapeuten i samarbejde med patienten en statusredegørelse, der videregives til patientens læge. På baggrund af redegørelsen og lægens undersøgelse af patienten vurderes om fysioterapeutisk behandling i praksissektoren er det relevante behandlingstilbud. I vurderingen bør indgå overvejelser om individuel træning vs. holdtræning, eller om behandlingstilbud i kommunalt eller regionalt regi er mere egnet.

§ 32 HENVISNING TIL BEHANDLING VED PSYKOLOG

Stk. 1.
Lægen kan ordinere behandling ved psykolog.

Stk. 2.
Henvisningen udstedes uden særligt honorar via henvisningsformidlingen (DNHF) på en af overenskomstens parter og Dansk Psykolog Forening aftalt elektronisk henvisning.

§ 33 HENVISNING TIL BEHANDLING VED FODTERAPEUT

Stk. 1.
Praktiserende læger kan ordinere behandling ved praktiserende fodterapeut, hvis patienten har fået konstateret:

a) diabetes, og har 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 af fodvorter (speciale 59)

d) svær leddegigt eller psoriasisgigt, hvormed forstås leddegigt eller psoriasisgigt, 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, herunder særligt om følgesygdomme som for eksempel iskæmi, nedsat syn pga. diabetes eller nedsat nyrefunktion. 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 tidsubegrænset. 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 via henvisningsformidlingen (DNHF) på en af Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsforeningen af statsautoriserede Fodterapeuter, Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger aftalt elektronisk henvisningsblanket.

NOTE til § 33, stk. 1, litra d
Patienter med psoriasisgigt kan henvises til praktiserende fodterapeut fra 2022-2025.

§ 34 ORDINATION AF LÆGEMIDLER
Ved ordination af lægemidler anvendes som udgangspunkt elektroniske recepter i FMK. Recepten udfyldes med patientens personnummer, navn og adresse og lægens ydernummer.

§ 35 ORDINATION/REKVISITION AF ILTBEHANDLING
Praktiserende lægers ordination/rekvisition af iltbehandling på regionens regning finder sted i overensstemmelse med de retningslinjer, der er fastsat herom i den region, hvor patienten har bopæl.

REKVISITIONER

§ 36 REKVISITION AF IMMUNGLOBULINER OG VACCINER
Stk. 1.
Lægen kan til behandling i egen praksis fra Statens Serum Institut eller fra apotek vederlagsfrit rekvirere følgende til anvendelse i forbindelse med patienternes konkrete 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.
Rekvisition sker efter særlige retningslinjer aftalt mellem RLTN og Statens Seruminstitut. Retningslinjerne meddeles de praktiserende læger.

§ 37 REKVISITION AF LÆGEMIDLER I ØVRIGT

Stk. 1.
Lægen kan til brug i praksis og under vagttjeneste vederlagsfrit rekvirere de i henhold til stk. 2 omfattede 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. Ved udlevering skal der ske registrering i FMK.

Stk. 4.
Rekvisitionen af lægemidler sker på en aftalt blanket, der stilles til rådighed for lægen.

Stk. 5.
Regionen fastsætter regler for rekvisitionens praktiske gennemførelse efter drøftelse i Samarbejdsudvalget.

§ 38 REKVISITION AF FORBINDSSTOFFER M.V.

Stk. 1.
Til brug i første behandling kan de i stk. 2 nævnte artikler vederlagsfrit rekvireres.

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

LÆGEVAGT

§ 39 VAGTTIDENS OMFANG OG OPDELING

Stk. 1.
Vagttiden er 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.
A-vagten er 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.
B-vagten er tidsrummet: 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.

Stk. 4.
C-vagten er tidsrummet fra kl. 24.00-08.00 alle dage.

§ 40 TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I VAGTTIDEN

Stk. 1.
Regionen er ansvarlig for tilrettelæggelsen af lægebetjeningen i vagttiden, jf. § 39.

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 §§ 41 og 42. 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. Beslutningen om en ændret tilrettelæggelse i henhold til 1. punktum kan iværksættes med et varsel på mindst 18 måneder til den 1. i en måned. 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 §§ 39 til 42.

Stk. 5.
De alment praktiserende læger har ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden efter §§ 41 og 42. Udbudsklinikker og regionsklinikker drevet med hjemmel i Sundhedslovens kan indgå i lægevagtsbetjeningen på samme vilkår som de alment praktiserende læger i regionen, såfremt der lokalt indgås en aftale mellem PLO og regionen herom. Udbuds- og regionsklinikkerne bidrager under alle omstændigheder til driften af regionens lægevagtsordning via lægevagtskontingent på samme vilkår som regionens øvrige alment praktiserende læger.

§ 41 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 tilrettelægges af de alment praktiserende læger. Den endelige tilrettelæggelse sker ved aftale mellem regionen og de omfattede læger. Medmindre der ikke er grundlag herfor, etableres vagtordningerne som visitationsvagtordninger, jf. § 42. 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- og C-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. 153,89 pr. time udover ydelseshonorarer i henhold til § 75. Ingen enkeltlæge kan dog få mere end kr. 410.373,90 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 og C-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 én af områdets alment praktiserende læger have tilsyn med, at ordningen fungerer, og drage omsorg for at der gives patienten den fornødne oplysning om vagtordningens tilrettelæggelse og benyttelse.

Stk. 7.
Følgende læger kan søge og få vagtydernumre og dermed deltage selvstændigt i en vagtordning uden at være tilmeldt overenskomsten om almen praksis:

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

2) Vagtydernummer 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 vagtydernummer.

På alle vagter hvor vagthavende læge ikke er speciallæge i almen medicin, skal der være en bagvagt, der opfylder disse betingelser. De i vagtordningen deltagende læger kan aftale, at ansatte læger, vikarer og uddannelseslæger (fase 2 og 3) deltager i vagtordningen. 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 vagtydernummer, jf. stk. 7.

NOTE til § 41, stk. 8:
Bestemmelsen ændrer ikke ved forholdene i de regioner, hvor deltagelsen i vagtordningen er frivillig.

§ 42 VISITATION I VAGTTIDEN

Stk. 1.
Vagtordninger tilrettelægges for hele eller dele af vagttiden som visitationsvagtordninger, jf. dog § 41, 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.
Regionen kan beslutte at stille de nødvendige faciliteter i form af lokaler, telefon m.v. til rådighed for de telefonvisiterende læger.

Stk. 3.
Sygehusansatte læger eller sygeplejersker kan, når en patient henvender sig på en skadestue eller –klinik, på patientens vegne kontakte lægevagtens visitator med henblik på, at patienten visiteres af lægevagten. De nærmere procedurer herfor aftales lokalt.

KAPITEL V. TILGÆNGELIGHED OG SERVICE

§ 43 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, hjemmesideadresse, åbningstider, praksisform (enkeltmands- eller kompagniskabspraksis),
b) antallet af samt navn, køn og alder på læger, herunder ansatte speciallæger i almen medicin jf. § 9, stk. 7, § 24 og § 26, stk. 1.
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,
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) hvilken dag praksis har åben efter kl. 16.00.
g) 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,
h) om parkeringsforhold, udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter tilgodeser bevægelseshæmmede patienter,
i) fra hvilket år lægen har været nedsat som praktiserende læge,
j) lægens eventuelle interesseområder angivet ved medlemskab af faglige selskaber,
k) om praksis er åben eller lukket for tilgang,
l) lægevagtens telefonnummer og åbningstider,
m) oplysning om ferie og fravær, som rækker ud over tre på hinanden følgende hverdage, samt oplysninger om stedfortræders navn, telefonnummer og eventuel hjemmeside,
n) resultatet af patienttilfredsundersøgelse jf. § 103, og
o) oplysninger om hvilke efteruddannelsestilbud 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.

Stk. 5.
Regionen kan tilbyde praksis en ekstern, objektiv vurdering af adgangsforholdene i praksis med henblik på mærkning og opdatering af praksisdeklarationens litra g.

NOTE til § 43, stk. 2, litra g:
Praksis skal på sin praksisdeklaration angive, hvorvidt nedenstående forhold er opfyldt i henhold til Bygningsreglementet:

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

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

Når regionerne overgår til nyt administrationssystem i 2022, vil alle informationer vedrørende 1) til 8) kunne registreres i et selvstændigt felt. Praktiserende læger er ikke forpligtet til registrering, før der findes en it-løsning, som muliggør registrering i selvstændige felter.

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

§ 44 LEGITIMATION

Stk. 1.
Enhver patient der søger lægehjælp, skal over for lægen legitimere sig som berettiget til den søgte lægehjælp ved forevisning af gyldigt sundhedskort eller ved forevisning af den legitimation, som er nævnt i gældende sundhedslovgivning, herunder 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 forevises lægen.

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 berettiget til vederlagsfrie ydelser i praksissektoren. Regionen skal dog honorere den første kontakt, hvis vedkommende er berettiget til ydelser efter denne overenskomst, jf. § 1.

§ 45 UDGIFTER TIL UDSKIFTNING AF SUNDHEDSKORT

Stk. 1.
Såfremt en læge har påført regionen unødvendige udgifter til udskiftning af sundhedskort i forbindelse med ændring af oplysninger om lægens/praksis' navn eller adresse flere gange inden for et kort tidsrum, kan lægen af Samarbejdsudvalget tilpligtes at betale et beløb, der står i rimeligt forhold til den unødvendige 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.

§ 46 VILKÅR FOR LÆGEHJÆLP

Stk. 1.
Undersøgelse og behandling bør foregå i lægens konsultation, medmindre sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. Dette forhold bør fremhæves over for patienter.

Stk. 2.
Patienter der har en aftale om konsultation mv., 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 ved behov at varetage andre patienters sygdomsbehandling.

§ 47 LÆGERS FRAVÆR FRA PRAKSIS

Stk. 1.
Når lægen (i kompagniskab lægerne) som følge af fravær fra praksis er forhindret i at yde tilmeldte patienter fornøden lægehjælp, skal praksis sørge for, at nødvendig lægehjælp kan ydes af nabolæger, der har indvilget heri, eller af vikar.

Stk. 2.
Vikar kan kun anvendes ved midlertidigt fravær som f.eks. sygdom, ferie, efteruddannelse mv. Regionen og PLO-regionalt kan gøre spørgsmålet om det rimelige i omfanget af en læges fravær fra praksis til genstand for drøftelse i Samarbejdsudvalget.

Stk. 3
Såfremt Landssamarbejdsudvalget beslutter at suspendere lægen efter overenskomstens § 117, stk. 2d, påhviler det lægen at sikre, at de tilmeldte patienter i praksis får fornøden lægehjælp, jf. stk. 1.

Stk. 4
Under en suspension i henhold til § 117, stk. 2 oppebærer lægen en kompensation fra regionen, svarende til det beløb, der gives ved sygefravær i henhold til administrationsudvalgets regler.

§ 48 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 etableres adgangsforhold i henhold til byggelovgivningens regler

KAPITEL VI. TILRETTELÆGGELSE AF LÆGEBETJENINGEN I DAGTIDEN

§ 49 DAGTIDEN

Patienter kan søge lægehjælp hos almen praksis i dagtiden, som forstås som tidsrummet kl. 8.00-16.00 på hverdage (mandag til fredag), bortset fra grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, når disse falder på hverdage (mandag til fredag).

§ 50 KONSULTATION

Stk. 1.
Lægen holder mandag til fredag hver dag konsultation uden tidsbestilling (åben konsultation) og/eller konsultation med tidsbestilling.

Stk. 2.
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.

Stk. 3
Lægen skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling således, at patienter sædvanligvis kan få konsultation senest 5. hverdag efter tidsbestillingen.

Stk. 4.
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 anden navngiven stedfortrædende praktiserende læge, som lægen har indgået aftale med.

Stk. 5.
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.

§ 51 TELEFONISKE HENVENDELSER

Stk. 1.
Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i hele 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.

Stk. 2.
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.

Stk. 3.
Telefontiden eller en del heraf kan være den samme som tiden for anmodning om sygebesøg.

Stk. 4.
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.

§ 52 VIDEOKONSULTATION

Stk. 1.
Lægen skal tilbyde videokonsultation. En videokonsultation skal være visiteret og aftalt med patienten på forhånd.

Stk. 2.
Det er en lægefaglig vurdering om videokonsultation er rette kontaktform, og lægen skal i sin vurdering inddrage hensyn til patientens behov og forhold.

§ 53 VIDEOKONFERENCE

Stk. 1.
En videokonference er et virtuelt møde mellem lægen og andre sundhedsprofessionelle aktører på hospitaler, speciallægepraksis og/eller i

kommunerne og evt. patienten. Videokonference omhandler konkrete patientforløb med primært koordinerende og/eller rådgivende formål.

Stk. 2.
Der skal som minimum deltage tre aktører i en videokonference, herunder evt. patienten, som også kan være til stede med den ene af sundhedspersonerne.

Stk. 3.
Videokonference skal være aftalt på forhånd.

§ 54 ELEKTRONISK KOMMUNIKATION

Stk. 1.
Lægen skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-konsultation.

Stk. 2.
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.

Stk. 3.
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.

§ 55 SYGEBESØG

Stk. 1.
Lægen er forpligtet til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg hos egne tilmeldte patienter, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg, jf. § 46, stk. 1.

Stk. 2.
Lægen skal køre sygebesøg uanset afstand fra patientens bopæl/opholdssted til lægens konsultationssted, jf. dog stk. 4 og 7.

Stk. 3.
Sygebesøgsforpligtelsen gælder til patientens faste bopæl (folkeregisteradresse) eller ophold på kommunal akutfunktion eller aflastningsplads.

Stk. 4.
Lægen kan ved konkret aftale med stedlig læge lade denne løse sygebesøgsopgaven udover 5/15 km.

Stk. 5.
Besøg aflægges som udgangspunkt ikke uden aftale.

Stk. 6.
Lægen skal i sin vurdering af, om et sygebesøg er nødvendigt, tillægge det betydning, såfremt patienten er bevægelseshæmmet.

Stk. 7.
Hvor det ikke er muligt for egen læge eller stedlig læge at foretage sygebesøget som følge af stor geografisk afstand væsentligt ud over 5/15 km. mellem egen læge og patient samtidigt med ekstraordinært arbejdspres, eller i andre ekstraordinære situationer hos såvel egen læge som stedlig læge hvor der må tages væsentlige hensyn til øvrige patienter, sikrer egen læge, at borgerens behov varetages på anden vis.

Stk. 8.
Lægen er forpligtet til at registrere ikke-udførte sygebesøg.

Stk. 9.
Bestemmelserne i §§ 50, 51, 54 og 55 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 § 55, stk. 3:
Der er ikke aftalt et generelt ansvar for at dække kommunens akutpladser. Der henvises til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om kvalitet i de kommunale akutfunktioner.

NOTE til § 55, stk. 8:
Registreringen sker ved afregning af ydelse 0410 for ikke-udført sygebesøg, som ikke udløser honorering.

.

KAPITEL VII. HONORARER OG REGULERING

NOTE til kapitel VII:
Beløbene reguleres som anført i § 84 bortset fra attesttaksterne i § 79, stk. 3, som reguleres i henhold til statslig aftale.

§ 56 BASISHONORAR

Stk. 1.
Basishonorar udgør pr. tilmeldt patient pr. måned **44,58 kr.**

Stk. 2.
Der reserveres der 69,7 mio. kr. til en central ordning vedrørende differentieret basishonorar.

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

§ 57 BESTEMMELSER OM BASISHONORERING

Stk. 1.
For hver patient der den 1. i en måned er tilmeldt lægen, honoreres denne med et fast basishonorar, der udgør det i § 56 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 patienter.

Stk. 4.
Når en læge dør eller hvis en læge går konkurs, har boet ret til basishonorar i den periode, hvor praksis videreføres, jf. § 18, stk. 1-2.

§ 58 PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR

Praksisomkostningshonoraret pr. lægekapacitet udgør årligt kr. 19.416,90 kr., og udbetales hver måned med 1/12.

§ 59 ALMINDELIGE BESTEMMELSER OM HONORERING

Stk. 1.
Lægen får intet ydelseshonorar for ydelse af lægehjælp til sig selv, hjemmeboende børn eller til ægtefælle **eller samlevende i ægteskabslignende forhold.**

Stk. 2.
Overenskomstmæssige ydelser for hvilke der ikke i overenskomsten er fastsat et særskilt honorar, omfattes af de almindelige ydelseshonorarer. Indsprøjtning med de i § 36 nævnte immunglobuliner og vacciner honoreres ikke særskilt. Ydelsen omfattes af konsultations- eller besøgshonoraret. Indsprøjtning af gammaglobulin, sera og vacciner i forbindelse med en patients 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 § 97.

Stk. 4.
Såfremt en læge har påført regionen unødvendige sygehjælpsudgifter, kan lægen tildeles 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. § 114, stk. 8 og § 117, stk. 2.

NOTE til § 59:
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 billeddiagnostiske afdelinger. Endvidere forstås rekvisition af lægemidler og forbindsstoffer m.v.

§ 60 GRUNDYDELSER I DAGTIDEN

Ydelses-nummer	Ydelse	Takst (kr.)
0101	Konsultation	167,93
0105	E-konsultation	51,12
0120	Årsstatus/årskontrol	437,77
0120+1003	Årsstatus/årskontrol på video	437,77
0121	Opsøgende hjemmebesøg (skrøbelige ældre normalt over 75 år)	923,26
0122	Abortstøttesamtale	461,62
0123	Sundhedstjek til borgere på botilbud	1565,16
0124	Lægefaglig vurdering af patienter på kommunal akutfunktion/akutteams	175,71
0125	Videokonsultation	167,93
0126	Videokonference pr. modul á 10 minutter	177,89
0127	E-konsultation med kommunen	51,12
0128	Konsulterende samtale ved børneundersøgelse	346,56
0201	Telefonkonsultation	31,84
0204	Aftalt telefonkonsultation	130,10
0411	Sygebesøg indtil 4 km (zone I)	436,48
0421	Sygebesøg fra påbeg. 5 km indtil 8 km (zone II)	600,44
0431	Sygebesøg fra påbeg. 9 km. indtil 12 km (zone III)	686,58
0441	Sygebesøg fra påbeg. 13 km. indtil 16 km (zone IV)	776,21
0451	Sygebesøg fra påbeg. 17 km indtil 20 km (zone V)	1199,71
0461	Sygebesøg fra påbeg. 21 km:	1552,44
2301	For hver påbegyndt km udover 21 km	36,56
0410	Registrering af ikke-udført sygebesøg	0
0491	Sygebesøg på ruten	436,48
0102	Behandling af 2. og følgende patient i samme hjem, jf. § 68, stk. 1	167,93

Takster, kronikerhonoraret

Ydelses-nummer	Ydelse	Takst (kr.)
0130	Kronikerhonorar, årligt pr. patient med KOL	2.178,24
0131	Kronikerhonorar, årligt pr. patient med diabetes type2	2.432,88
0132	Kronikerhonorar, årligt pr. pt. med diabetes type 2 og KOL	3.060,72
0133	Kronikerhonorar, afslutningsydelse	0
For læger som har praksis i et lægedækningstruet område jf. protokollat om differentieret basishonorar		
0130	Kronikerhonorar, årligt pr. patient med KOL	2.751,60
0131	Kronikerhonorar, årligt pr. patient med diabetes type2	2.751,60
0132	Kronikerhonorar, årligt pr. pt. med diabetes type 2 og KOL	5.074,44
0133	Kronikerhonorar, afslutningsydelse	0

NOTE til § 60:

a) I forbindelse med ydelse 0120 udført i hjemmet, 0121 opsøgende hjemmebesøg og 0123 sundhedstjek til borgere på botilbud ydes kørselsgodtgørelse efter § 80 og tidsforbrugstillæg svarende til § 64, stk. 2, litra c).

b) Ydelse 0124 (Lægefaglig vurdering af patienter tilknyttet kommunal akutfunktion) kan højst afregnes to gange pr. dag pr. patient.

c) Følgende ydelser kan afregnes som tillægsydelser til videokonsultation:

- *2149*
- *2161*
- *2401*
- *2402*

d) 0126 (videokonference) kan maksimalt tages seks gange pr. konference. Opnås der ikke forbindelse, og en eller flere deltagere i

konferencen overgår til telefon, honoreres der med 177,89*kr. pr. modul a 10 minutter.*

e) 0128 Konsulterende samtale kan kun afregnes sammen med en børneundersøgelse, jf. Profylakseaftalen.

f) Grundydelser i den sene konsultation honoreres med de i § 60 og § 62 (samtaleterapi) nævnte honorarer.

g) Ydelse 0133 er en registreringsydelse, som anvendes, hvis en patient raskmeldes, dør eller hvis behandleransvaret overgår til hospitalet.

§ 61 AFTALT TELEFONKONSULTATION

Stk. 1.
Læger, som tilbyder videokonsultation, kan tilbyde aftalt telefonkonsultation som et alternativ til videokonsultation, hvis videokonsultation ikke er muligt for borgeren.

Stk. 2.
Aftalt telefonkonsultation er en lægeforbeholdt ydelse.

Stk. 3.
Aftalt telefonkonsultation skal være visiteret og aftalt på forhånd.

Stk. 4.
Klinikker som har et forbrug af ydelsen (0204), som overstiger den gennemsnitlige udgift pr. patient for ydelsen (0204) inden for regionen med 25 % eller derover, får fastsat en automatisk højestegrænse for klinikkens samlede indtægter ved ydelseshonorar (0204) fra regionen i dagtiden. Højestegrænsen fastsættes automatisk på +25 % af den gennemsnitlige ydelseshonorarudgift (0204) pr. patient i regionen. Højestegrænsen kan iværksættes fra et kvartals begyndelse. Procedurer mv. i § 96, stk. 1-3 samt stk. 5-8 skal følges. Beregningen gælder kun for klinikker, som drives i henhold til Overenskomst om almen praksis.

§ 62 SAMTALETERAPI

Stk. 1.

Ydelses-nummer	Ydelse	Takst (kr.)
6101	Samtaleterapi	461,62
6101+1003	Samtaleterapi pr. video	461,62
6201	Tillæg pr. ekstra person, maks. 3 (afregnes på cpr-nummeret for den/de ekstra person(er))	114,59
6201+1003	Tillæg pr. ekstra person, maks. 3 (afregnes på cpr-nummeret for den/de ekstra person(er)) pr. video	114,59

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 syv 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.
Hvis patienten pga. praktiske, fysiske eller psykiske problemstillinger meget vanskeligt kan møde op i klinikken, kan ydelsen udføres ved videokonsultation.

Stk. 6.
Samarbejdsudvalget kan udelukke læger fra at tilbyde ydelsen, hvis ydelsen ikke anvendes i overensstemmelse med kravene.

§ 63 TILLÆGSYDELSER

Stk. 1.

Ydelses-nummer	Ydelse	Takst (kr.)
2101	Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse (skal blodprøven sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse)	55,72
2102	Udtagning af prøve af livmodermund og –hals til cytologisk undersøgelse, inkl. forsendelse	39,82
2104	Blærekateterisation (ekskl. udgifter til kateter)	167,16
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)	111,45
2107	Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl (uanset antal under negl eller under hud fra samme legemsdel. Ydelsen gælder ikke suturfjernelse)	111,45
2108	Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk	111,45
2109	Anlæggelse af immobiliserende bandager	111,45
2111	Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led	222,86
2112	Første behandling af større sår	222,86
2113	Biopsi med efterfølgende mikroskopisk undersøgelse hos patolog, inkl. forsendelse	222,86
2115	Fjernelse af negl	334,32

2117	Fjernelse af subkutane eller dybereliggende svulster, inkl. evt. forsendelse til patologisk undersøgelse (ekskl. vorte)	334,32
2118	Operation for dybereliggende betændelse (eksempelvis åbning af byld)	334,32
2119	Tapning af væskeansamling fra større led i terapeutisk øjemed, og ikke i diagnostisk øjemed eller ved indsprøjtning	334,32
2120	Venesectio tilrådet af hospital eller speciallæge samt ved livstruende tilstande	334,32
2121	Andre betydelige operationer (eksempelvis vabrasio eller tilsvarende indgreb)	445,71
2122	Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	445,71
2123	Reposition af store ledskred, nemlig fod, knæ, hofte, albue eller skulder	445,71
2124	Behandling af store udbredte læsioner og forbrændinger	445,71
2125	Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande	445,71
2131	Ligsyn med **indberetning** af dødsattest (side 1 og 2)	167,16
2134	Ligsyn med **indberetning** af dødsattestens side 1	119,40
2135	**Indberetning** af dødsattestens side 2, inkl. forsendelse til Sundhedsdatastyrelsen	47,76
2133	Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver	39,82
2137	Udtagelse og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumpe (forsendelse efter nærmere aftale med regionen)	334,32

2142	Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik	111,45
2143	Vejledning og undersøgelse i forbindelse med anmodning om svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation	167,16
2144	Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral eller indsættelse af implanon (ekskl. udgifter til spiral og implanon)	222,86
2145	Fjernelse af implanon	334,32
2149	Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests	243,55
2150	Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom	437,77
2161	Anvendelse af kvalificeret tolk [1)]	153,85
2100	Tillæg til stedlig læge ved sygebesøg	589,83

NOTE TIL § 63, ydelse 2161

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

Stk. 2.

Tillægsydelser kan kun honoreres sammen med en grundydelse.

Stk. 3.

Følgende af de i stk. 1 anførte tillægsydelser kan ikke anvendes i vagttiden: 2101, 2102, 2113, 2117, 2120, 2121, 2138, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2149og 2150.

§ 64 INSTRUKTION I BRUG AF KLINISKE SKEMAER

Instruktion i brug af kliniske skemaer indgår i klinikkens samlede tilbud til patienten, hvor det er fagligt begrundet, men der afregnes ikke særskilt honorar herfor.

§ 65 FAST TILKNYTTET LÆGE PÅ PLEJEHJEM OG BOSTEDER

Stk. 1.

Læger der er fast tilknyttet læge på et plejehjem **eller bosted,** honoreres med et fast månedligt honorar på 2.144,02 kr. **ekskl. moms**, svarende til to timers rådgivning og/eller undervisning gennemsnitligt pr. måned med en timepris på 1.072,01 kr. **ekskl. moms** inkl. transporttid. Har en **plejehjems- eller bostedslæge** over 30 beboere på et plejehjem **eller bosted**, kan lægen yde og honoreres for en ekstra times månedlig rådgivning og/eller undervisning.

Stk. 2.

En læge kan kun være tilknyttet ét **bosted eller** plejehjem/plejehjemsafsnit. I tilfælde af udfordringer med at rekruttere læger til **ordningerne**, kan regionen undtagelsesvist dispensere, så en læge kan være bosteds- eller plejehjemslæge på flere **bosteder eller** plejehjem/plejehjemsafsnit. Dispensationen kan rumme ændrede vilkår for antallet undervisningstimer ud fra en vurdering af, hvad den enkelte læge har kapacitet til at tilbyde personalet på plejehjemmet **eller bostedet**.

Stk. 3.

Honoraret for at være plejehjemslæge eller bostedslæge dækker sundhedsfaglig rådgivning til personale på plejehjem eller bosteder. Denne type rådgivning er i henhold til afgørelse fra SKAT en momspligtig ydelse. Er en læge ikke momsregistreret, skal lægen orientere regionen herom, jf. § 89. I de tilfælde udbetales honoraret ekskl. moms.

§ 66 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 honorarer (grundhonorar):

Litra	**Ydelses-nummer**	**Ydelse**	**Takst (kr.)**
a)	3201	Telefoniske henvendelser til og fra kommunernes social- og sundhedsforvaltninger	76,85
b)	3304	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	
		Pr. påbegyndt modul	153,85
c)		I forbindelse med ydelser, der ikke finder sted i lægens konsultation, honoreres lægens tidsforbrug til mødestedet med følgende satser:	
	3410	Indtil 4 km	94,68
	3420	Fra 4 indtil 8 km	137,90
	3430	Fra 8 indtil 12 km	178,48
	3440	Fra 12 indtil 16 km	219,37
	3450	Fra 16 indtil 20 km	260,58
	3460	Udover 20 km	286,07
	3701	+ pr. påbegyndt km udover 21 km	10,19

Der ydes kørselsgodtgørelse i henhold til § 82.

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 at indhente oplysninger, der normalt indhentes via attester aftalt i det sociallægelige samarbejde.

NOTE til § 66:
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.

§ 67 INSTITUTIONSTILLÆG, DAG- OG VAGTTID

Ydelses-nummer	Ydelse	Takst (kr.)
1208	Tillæg til ydelse til 2., 3. og følgende patient ved besøg på andre institutioner end plejehjem, jf. § 70, stk. 2	38,77

§ 68 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 sygebesøg, 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.
Receptfornyelser uden rådgivning kan aldrig takseres hverken som telefonkonsultation eller konsultation.

§ 69 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.

§ 70 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 § 67, ydelse 1208.

Stk. 3.
Plejehjemsboliger og boliger på andre institutioner for ældre **samt bosteder omfattet af ordningen med fast læge på bosted,** er altid at betragte som egen bolig og derfor ikke omfattet af stk. 2.

§ 71 VEJLEDNING OM ANVENDELSE AF OVERENSKOMSTENS YDELSER

Den faglige og honoreringsmæssige anvendelse af de i §§ 60-63 og 66 anførte ydelser er nærmere beskrevet i en af parterne udarbejdet vejledning.

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

Ydelsesnummer	Ydelse	Takst (kr.)
2201	Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i dagtiden	149,89
2502	Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i A-vagten	237,36
2502	Pr. påbegyndt halve time ved rejser/patientledsagelse begæret i B-vagten og C-vagten	292,33

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

Nedennævnte ydelser 2401 og 2402 er tillæg til fremmødehonorarer og videokonsultationer, og ydelsen 2403 er tillæg til telefonkonsultationer, når der ydes lægehjælp til persongrupper, som i henhold til internationale regler er berettiget til vederlagsfri behandling. Se § 74 i forhold til patienter på øer.

Ydelsesnummer	Ydelse	Takst (kr.)
2401	Anvendes når en person: • 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) • Er britisk statsborger (skal fremvise britisk pas) • Er udenlandsk statsborger og foreviser en blanket S3 • Er færing på midlertidigt ophold i Danmark og foreviser færøsk sygekassebevis A eller B • Er grønlænder og opholder sig midlertidigt i Danmark	222,86
2402	Anvendes når en person: • 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 • Patienter på danske øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, og hvor patienten ikke er tilmeldt læge.	71,64

Tillæg til telefonkonsultation i dagtiden

2403	Anvendes når en person: • Er dansk statsborger og foreviser et særligt sundhedskort	39,82

	• Patienter på danske øer, hvor der ikke er etableret lægepraksis, og hvor patienten ikke er tilmeldt læge.	

§ 74 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. § 73. Er patienten tilmeldt en fast læge, ydes tillægget ikke.

Stk. 2.
Ydelser uden for dagtiden honoreres med de i § 75 nævnte honorarer.

Stk. 3.
Ved sygebesøg på øer hvor der ikke er etableret lægepraksis, beregnes zonen i dagtiden, jf. § 51, 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.

§ 75 GRUNDYDELSER I VAGTTIDEN

Takster for konsultationer, videokonsultationer og besøg (kr.)

Ydelses-nummer	Ydelse	A-vagten	B- og C-vagten
0101	Konsultation	225,50	279,93
0125	Videokonsultation	225,50	279,93
0471	Besøg	313,28	383,14
2302	Tillægstakst udover 10 km, pr. km	19,31	23,44
0102	Behandling af 2. og følgende patient i samme hjem, jf. § 69, stk. 1	225,50	279,93

Takster for telefonkonsultationer (kr.)

0301	Telefonkonsultation i A-vagten	79,90
0301	Telefonkonsultation i B-vagten	104,33
0703	Telefonkonsultation i C-vagten	111,78

NOTE til § 75
Honoraret for ydelse 0125 Videokonsultation i vagttid reduceres i overenskomstens 2. år til 215,15 kr. i A-vagt og 267,11 kr. i B-vagt og C-vagt. I overenskomstens 3. år reduceres honoraret til konsultationshonoraret for 0101 i vagttid for A-, B- og C-vagt.

§ 76 YDELSER EFTER DAGTIDENS UDLØB

Stk. 1.
Ved sygebesøg der er aftalt 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 aflægger sygebesøg umiddelbart, og hvis dette indebærer at besøget aflægges efter dagtids udløb.

Stk. 2.
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.

§ 77 VAGTBEREDSKABSHONORAR

Stk. 1.

Ydelses-nummer	**Ydelse**	**A-vagt**	**B- og C-vagt**
1001	Vagtberedskabshonorar efter § 40, stk. 3 (små vagtordninger på øer), pr. time	153,89	153,89

Stk. 2.
Vagtberedskabshonoraret efter § 41, stk. 3, kan maksimalt pr. læge udgøre 410.393,70 kr. pr. år, medmindre andet aftales i Samarbejdsudvalget.

§ 78 BESTEMMELSER OM VAGTBEREDSKABSHONORERING

Stk. 1.
Læger der deltager i vagtordninger i henhold til § 41, stk. 3 og 4, har ret til vagtberedskabshonorar.

Stk. 2.
Vagtberedskabstiden, der indgår i beregningen af vagtberedskabshonoraret, omfatter hele vagttiden, jf. § 39. 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 vagtberedskabstiden.

Stk. 4.
For så vidt angår vagtordninger i henhold til § 41, stk. 3 udgør vagtberedskabshonoraret pr. vagttime (inkl. egentlige arbejdstimer) som grundhonorar det i § 75 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.

§ 79 ATTESTTAKST

Stk. 1.
Attester til brug ved indlæggelse på psykiatriske hospitaler følger de i stk. 3 angivne takster.

Stk. 2.
Andre attester, herunder attester i forbindelse med sygemeldinger, betales enten efter takst ifølge aftale mellem rekvirent og Lægeforeningen eller af patienten selv. 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.

Ydelses-nummer	Ydelse	Takst (kr.)
5001.	1. tvangsindlæggelse (røde eller gule papirer)	1.482,00
5002.	Genindlæggelse ved tvang på samme institution (røde eller gule papirer)	879,00

Stk. 4.
De i stk. 3 anførte takster er tillægsydelser, der knytter sig til grundydelser.

§ 80 ANSØGNING OM TILSKUD TIL LÆGEMIDLER TIL TERMINALPATIENTER

Stk. 1.
Ansøgning om tilskud til lægemidler til personer med et højt medicinforbrug sker automatisk, hvis medicinforbruget overstiger et fastsat beløb i henhold til Sundhedslovens § 153. I disse tilfælde er der derfor ikke brug for en ansøgning om tilskud.

Stk. 2.
Til patienter der er døende, hvor prognosen er kort levetid og helbredelse må anses for udsigtsløs, kan den praktiserende læge ansøge Lægemiddelstyrelsen om terminaltilskud (100 pct. tilskud) til lægeordinerede lægemidler i henhold til Sundhedslovens § 148.

Stk. 3.
Ansøgning om terminaltilskud skal ske ved brug af Lægemiddelstyrelsens ansøgningsskema i FMK-online og honoreres som følger:

Stk. 4.
Momspligten afhænger af, om lægen er momsregistreret. Lægen har pligt til at meddele regionen, hvorvidt lægen er momsregistreret, jf. § 89.

Ydelses-nummer	Ydelse	Takst (kr.)
5093.	Ikke-momspligtigt attestarbejde	119,39
5993.	Momspligtigt attestarbejde	149,24

NOTE til § 80, stk. 3:
Attesthonoraret afregnes ikke sammen med et konsultationshonorar. Hvis patienter samtidig modtager sygdomsbehandling i henhold til overenskomsten, afregnes der for den pågældende grundydelse samt attesthonoraret på to forskellige regninger.

§ 81 LABORATORIEUNDERSØGELSER

Stk. 1.
Honorarer til laboratorieundersøgelser og udtagning af prøver, som udføres i almen praksis er fastsat til:

Ydelses-nummer	Ydelse	Takst (kr.)
7101	Urinundersøgelse ved stix	15,18
7109	Svælg-streptokok antigen	60,75
7115	Maskinel leukocyt- og differentialtælling	45,56
7120	C-reaktiv protein (CRP)	75,93
7126	PP-INR (koagulationsfaktorer)	136,67
7175	Svangerskabsreaktion,	60,75
7189	Urin choriongonadotropin	91,11
7177	Sænkningsreaktion (SR)	30,39
7105	Bakterier	45,56
7189	Urin til resistensbestemmelse[3]	91,11

Blodundersøgelse ved fotometri:

7108	B-hæmoglobin (fotometer)	60,75
7136	B-glukose (fotometer)	60,75
7118	Audiometri-/tympanometriundersøgelse	123,06
7113	Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri	136,67
7121	Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelses-provokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation	273,39
7156	Elektrokardiografi, inkl. prækordialafledninger	136,67
7183	Lungefunktionsundersøgelse (peak flow)	45,56

Stk. 2.
Følgende af de i stk. 1 anførte laboratorieundersøgelser kan ikke anvendes i vagttiden: 7105, 7113, 7115, 7116, 7118, 7121, 7122, 7126, 7177 og 7189.

[3] 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.

Stk. 3.
En laboratorieydelse kan afregnes enten alene eller i sammenhæng med en grundydelse.

NOTE til § 81:
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 § 79, 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 laboratorieundersøgelser 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 overenskomsten 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.

§ 82 KØRSELSGODTGØRELSE

Godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel, jf. § 83, er den samme godtgørelse pr. påbegyndt km., som den 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.

§ 83 BESTEMMELSER OM HONORERING FOR UDGIFTERNE TIL KØRSEL

Stk. 1.
Tilkaldes en læge til en patient eller til møde i en socialforvaltning, har lægen ret til kørselsgodtgørelse.

Stk. 2.
Lægen har valget mellem at benytte eget befordringsmiddel eller blive befordret af andre, men er ikke berettiget til at veksle mellem disse muligheder, således at lægen en del af året benytter eget befordringsmiddel og i øvrigt taxi. Dog er en læge, der benytter eget befordringsmiddel, berettiget til, under særlige omstændigheder, at anvende taxi. 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 taxa 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 § 82 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 patient, 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 region og PLO-R med pågældende lægers samtykke træffes aftale om afvigelser fra stk. 1-5 om kørselsgodtgørelse med henblik på at opnå en for begge parter rimelig vederlagsordning. Det samme gælder betaling for sørejser.

§ 84 REGULERING AF HONORARER

Stk. 1.
De i §§ 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 72, 73, 75, 77, 80 og 81 nævnte honorarer er fastsat i 01-10-2024-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. april 2022.

NOTE til § 84, 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.

§ 85 TAKSTANVENDELSE VED ÆNDRING I REGULERINGSPROCENTEN

Såfremt der i henhold til § 84 er honorarændringer, anvendes nye takster for ugen, såfremt den 1. april/1. oktober falder på søndag til onsdag, mens de gamle takster benyttes, hvis 1. april/1. oktober falder på torsdag til lørdag.

KAPITEL VIII. AFREGNING

§ 86 BASISHONORARAFREGNING

Stk. 1.
Basishonoraret beregnes efter antallet af patienter, der den 1. i måneden er tilmeldt lægen.

Stk. 2.
Basishonoraret udbetales uden regning fra lægen svarende til honorarudbetalingen efter § 87, stk. 5, på baggrund af antal tilmeldte patienter måneden før udbetaling.

Stk. 3.
Regionen giver sammen med basishonorarafregningen lægen en fortegnelse over af- og tilgang af de tilmeldte patienter.

Stk. 4.
Regionen giver hvert kvartal lægen en fortegnelse over samtlige tilmeldte patienter.

§ 87 AFREGNING AF YDELSESHONORARER

Stk. 1.
I forbindelse med hver enkelt overenskomstmæssig ydelse udarbejder lægen en regning. Afregning sker elektronisk efter gældende MedCom standard. Regionerne udarbejder en snitfladebeskrivelse, som udgør det tekniske grundlag for afregningen. Ændringer i snitfladebeskrivelsen aftales med PLO.

Stk. 2.
For så vidt angår persongrupper som har adgang til lægehjælp i henhold til sundhedsloven, men som ikke har ret til vederlagsfri lægehjælp i henhold til denne overenskomst, idet de ikke er gruppe 1-sikrede, 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.

Stk. 3.
Af regningen skal fremgå: Patientens personnummer, navn, bopæl, dato for ydelsen og ydelsesnummer. For ydelser uden for dagtiden skal anføres det klokkeslæt, ved hvilket ydelsen er begæret.

Stk. 4.
På regningen kan noteres flere tillægs- og laboratorieydelser 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 advis, hvis der registreres to eller flere regninger på samme person på samme dag. Lægen skal positivt bekræfte, at registreringen er korrekt.

Stk. 5.
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. 6.
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. 7.
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. 8.
Honorarbeløb udbetales til lægens NemKonto, medmindre andet aftales. Transport i lægens tilgodehavender kan ikke finde sted.

Stk. 9.
Regionens betalingspligt bortfalder principielt, såfremt reglerne i stk. 1-5 ikke er overholdt.

NOTE til § 87:
Regninger med ufuldstændigt personnummer returneres kun en gang fra regionen til lægen. Lægen skal herefter søge at fremskaffe personnummer. Kan lægen ikke fremskaffe personnummer på ikke tilmeldte patienter, betales regningen alligevel af regionen.

NOTE til § 87, stk. 2

Det forudsættes, at lægen på egen hjemmeside oplyser tilskuddenes størrelse, evt. via link til PLO's hjemmeside.

§ 88 AFREGNING AF KRONIKERHONORAR

Stk. 1.
Kronikerhonoraret udbetales sammen med basishonoraret for patienter med KOL, diabetes type 2 eller KOL og diabetes type 2, som er tilmeldt praksis pr. den første i en måned.

Stk. 2.
I de tilfælde hvor patienten skifter læge, udbetales kronikerhonoraret til den læge patienten var tilmeldt på opgørelsestidspunktet, jf. stk. 1.

Stk. 3.
Kronikerhonoraret udløses, så længe lægen er behandlingsansvarlig.

Stk. 4.
Afregning foretages i øvrigt som afregning i medfør af § 87, stk. 3-9.

§ 89 AFREGNING AF HONORARER SOM ER PÅLAGT MOMS

Stk. 1.
Læger er fritaget for moms af deres honorar ved udførelse af konkret personhenførbar behandling, der har til formål enten at diagnosticere, behandle eller så vidt muligt helbrede sygdomme eller sundhedsmæssige anomalier, jf. momsloven.

Stk. 2.
Afregning af ydelser som ikke opfylder betingelserne for momsfritagelse, jf. stk. 1., honoreres inklusiv moms. Det er lægens pligt efterfølgende at indberette moms til SKAT i henhold til loven.

Stk. 3.
Lægen har pligt til at gøre regionen opmærksom på, at lægen ikke er momsregistreret, så ydelserne kan afregnes ekskl. moms.

§ 90 YDELSESHONORARAFREGNING VEDRØRENDE SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE

Stk. 1.
I forbindelse med hver ydelse efter § 65 udfylder lægen en regning, jf. § 87.

Stk. 2.
På regninger vedrørende socialmedicinske ydelser må ikke anføres andre ydelser, og der må kun anføres ydelser for én patient på hver regning.

§ 91 AFREGNING AF VAGTBEREDSKABSHONORAR

Stk. 1.
Læger der varetager 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.

§ 92 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 har ret til vederlagsfri behandling, 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 patient, der ikke har ret til vedlagsfri behandling, på ruten ikke aflægges besøg hos en sikret, påføres regningen afstanden fra den sidst besøgte patient til lægens konsultationssted.

Stk. 2.
Regionen sammentæller de kørte antal kilometer i løbet af et kalenderår 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.

§ 93 BLANKETTER, HERUNDER ELEKTRONISKE BLANKETTER

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.

§ 94 INDBETALING AF PENSIONSBIDRAG

Stk. 1.
Af lægens 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 til lægen efter de i § 86 fastsatte regler.

Stk. 2.
Indbetaling af pensionsbidrag skal ske månedsvis samtidig med udbetaling til lægen, og det skal af månedsopgørelsen til lægerne fremgå, hvor stort honorarbeløbet er, og hvor meget af dette, der er videresendt til pensionskassen.

§ 95 INDBETALING TIL ADMINISTRATIONSUDVALGET

Stk. 1.
Regionen har pligt til inden 31. marts hvert år til Administrationsudvalget at indbetale 1,27 %, af de samlede udgifter i dag- og vagttid til almen lægehjælp til patienter i det foregående kalenderår. Indbetalingen på de 1,27 % reduceres efter opgørelsen, jf. stk. 2, med 7,7 mio. kr.

Stk. 2.
Udgifter afregnet i henhold til Overenskomsten om almen praksis omfatter følgende:

- Basishonorar og differentieret basishonorar (§ 56)
- Vagtberedskabshonorar (§ 77)
- Grundydelser (§§ 60 og 75)
- Tillægsydelser (§§ 63, 72 og 73)
- Fast tilknyttet læge på plejehjem (§ 65)
- Institutionstillæg (§ 67)
- Samtaleterapi (§ 62)
- Attester (§§ 79-80)
- Socialmedicinske ydelser (§ 66)
- Livmoderhalskræftscreening

Stk. 3.
De i stk. 1 nævnte indbetalinger anvendes til sygehjælp og forebyggelse af sygdom, hjælp ved fravær i forbindelse med graviditet og barsel eller adoption, til plejevederlag i forbindelse med pasning af døende i den nærmeste familie, til fordel for de læger, som virker i almen praksis indenfor overenskomstens område og til ansatte læger, som er medlem af PLO, eller

ansatte, herunder også yngre læger, i praksis i områder, som i henhold til praksisplanen er lægedækningstruede. Indbetalingerne anvendes også til hjælp til pensionerede alment praktiserende læger, som har virket i almen praksis indenfor overenskomstens område, samt til disse lægers efterladte.

Stk. 5.
Administrationsudvalgets vedtægter og årsregnskab skal fremsendes til landssamarbejdsudvalget. RLTN udpeger en kommitteret til administrationsudvalget.

NOTE TIL § 95, stk. 1
Beløbet reguleres i henhold til § 84.

KAPITEL IX. KONTROLBESTEMMELSER

§ 96 ÅRSOPGØRELSER OG FASTSÆTTELSE AF HØJESTEGRÆNSER

Stk. 1.
Regionen foretager hvert år en **køns- og aldersstandardiseret** opgørelse over det samlede antal overenskomstmæssige ydelser og de samlede udgifter til almen lægehjælp[4], der er præsteret i det foregående kalenderår.

Stk. 2
Årsopgørelsen afsluttes hurtigst muligt efter det samlede antal præsterede overenskomstmæssige ydelser er tilgængeligt 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 **de køns- og aldersstandardiserede** udgifter til lægehjælp i dagtiden (basis-, **kroniker-** og ydelseshonorarudgifter) pr. patient (egne patienter) i en praksis i et kalenderår har overskredet den gennemsnitlige **køns- og aldersstandardiserede** udgift pr. patient inden for regionen med **20 %** eller derover, fastsættes en højestegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydelseshonorarer fra regionen i dagtiden. Højestegrænsen fastsættes automatisk på **+20 %** af den gennemsnitlige **køns- og aldersstandardiserede** ydelseshonorarudgift pr. patient i regionen. Højestegrænsen kan iværksættes fra et kvartals begyndelse.

Stk. 5.
Pålæggelse af højestegrænsen kan ikke indbringes for Samarbejds- eller Landssamarbejdsudvalg. Alene klager over formelle fejl i sagsbehandlingen, herunder i forhold til beregningen af højestegrænsen, kan indbringes for Samarbejdsudvalget med mulighed for anke til Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 6.
Varsling om iværksættelse af højestegrænsen fremsendes via e-boks til lægen. Eventuel tilbagebetaling sker ved modregning i lægens tilgodehavende hos regionen.

---

[4] Differentieret basishonorar, profylakseydelser (jf. Profylakseaftalen) og ydelser aftalt i lokale aftaler er ikke indeholdt i opgørelsen.

Højestegrænser administreres løbende, f.eks. kvartalsvis. Efter årets afslutning udarbejdes en årsopgørelse over lægens ydelsesforbrug pr. patient i forhold til gennemsnitligt ydelsesforbrug i samme periode i sammenligningsområdet. På baggrund af årsopgørelsen foretages endelig regulering. Hvis årsopgørelsen viser, at lægen er modregnet for meget i årets løb, refunderes dette beløb inden 1. april.

Regionen stiller via sundhed.dk månedsstatistikker til rådighed for de læger, der er pålagt en højestegrænse, således at de kan følge med i, hvordan de ligger i forhold til det gennemsnit, som højestegrænsen er fastsat i forhold til.

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 af året

Stk. 7.
Pålagte højestegrænser efter stk. 4 skal inden en måned sendes til Samarbejdsudvalget/Landssamarbejdsudvalget til orientering.

Stk. 8.
Højestegrænsen bortfalder, når udgiften i to år har ligget under den fastsatte grænse.

NOTE til § 96, stk. 4
Den gennemsnitlige udgift i regionen omfatter klinikker, der drives i henhold til Overenskomst om almen praksis.

NOTE til § 96, stk. 4
Hvis en bostedslæge falder udenfor variationen på 20 %, skal der foretages en konkret vurdering af, om den øgede aktivitet kan tilskrives lægens funktion som bostedslæge. Er det tilfældet, fastsættes der ikke en højestegrænse for klinikken.

§ 97 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 kan iværksætte en undersøgelse, såfremt en læges/praksis' ordinationsmønster vurderes at give anledning til det. Såfremt

regionen har tilknyttet 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 anderledes eller højt ordinationsmønster. Lægen skal efter skriftlig henvendelse fra Samarbejdsudvalget have adgang til at fremkomme med en udtalelse. Til brug ved høringen af lægen, 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. § 114, stk. 8 og § 117, stk. 2.

KAPITEL X. KVALITETSSIKRING OG IT

§ 98 ANVENDELSE AF IT I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.
Alle læger skal opfylde de i a)-d) anførte krav om anvendelse af it.

a) Lægen er forpligtet til at benytte de til enhver tid gældende MedCom standarder til kommunikation, medmindre andet er anført. En forudsætning for lægens forpligtelse er, at de samarbejdspartnere, som kommunikationen vedrører, kan levere og sikkert modtage meddelelser.
b) Lægen skal have internetadgang med firewall og virusbeskyttelse, der løbende opdateres.
c) Alle anvendte praksissystemer i almen praksis skal kunne håndtere FNUX-formatet til udveksling af journaler ved lægeskift, klinikophør mv.
d) 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 henvisningsformidlingen (DNHF).

Stk. 2.
De praktiserende læger og samarbejdspartnere anvender den lovpligtige digitale dokumentboks. Boksen kan dog ikke benyttes til kommunikation i forbindelse med konkret patientbehandling eller attestarbejde. Sådan kommunikation sker via gældende MedCom standarder.

Stk. 3.
Regionen yder, via datakonsulenter, hjælp og generel rådgivning til almen praksis vedrørende it.

NOTE til § 98, stk. 1, litra d:
Lægens forpligtelse til at sende henvisninger til speciallæger, fysioterapeuter, psykologer og fodterapeuter indebærer konkret, at henvisninger sendes til henvisningsformidlingen (DNHF).

Om fremgangsmåde og henvisningsformidlingens funktionalitet er aftalt følgende: Henvisningen udarbejdes på normal vis af den praktiserende læge og sendes til henvisningsformidlingens lokationsnummer. Der sendes positiv kvittering tilbage om, at henvisningen er modtaget i henvisningshotellet.

Patienten skal således ikke selv medbringe henvisningen. Herefter er det patientens eget ansvar at vælge en behandler og anmode om en tid for behandling. Behandleren logger sig på henvisningsformidlingen

og henter den givne henvisning, når patienten tager kontakt med henblik på behandling eller når der mødes op til første behandling.

I særlige tilfælde kan lægen kontakte en given behandler og eventuelt bestille en tid for patienten. Også i disse situationer skal lægen sende henvisningen til henvisningsformidlingen, hvorefter behandleren 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 henvisningsformidlingen.

§ 99 KODNING OG INDBERETNING AF DATA

Stk. 1.

De praktiserende læger er forpligtet til at foretage kodning, anvende datafangst og indberette datai forhold til gældende regler om kodning og datafangst og om indberetning til godkendte kliniske kvalitetsdatabaser og videregivelse af data til Sundhedsdatastyrelsen.

§ 100 DET FÆLLES MEDICIN KORT (FMK)

Stk. 1.

De praktiserende læger skal anvende FMK, og i forhold til vaccinationsoplysninger, Det Danske Vaccinationsregister (DDV), jf. gældende regler.

Stk. 2.

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. 3.

Regionen dækker alle udgifter forbundet med den tekniske installation og drift af FMK i Lægevagten.

§ 101 FORLØBSPLANER

Stk. 1.

Alle klinikker har en forpligtelse til at tilbyde og arbejde med de digitale forløbsplaner, hvor det er relevant, jf. bilag 8.

Stk. 2.

Hver lægekapacitet skal have oprettet fem forløbsplaner og som minimum oprette fem pr. år de efterfølgende år. Oprettede planer skal holdes opdateret, når det er relevant.

Stk. 3.
Hvis minimumstallet ikke overholdes, kan sagen indbringes for Samarbejdsudvalget, jf. § 114.

§ 102 KVALITETSMODEL I ALMEN PRAKSIS

Stk.1.
Læger skal arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling med udgangspunkt i faglige mål og indikatorer for almen praksis.

Stk. 2.
Kvalitetsarbejde i henhold til faglige mål og indikatorer skal være omdrejningspunkt for kvalitetsudviklingen i almen praksis, jf. bilag 11 om kvalitetsarbejde i almen praksis. Herunder er det målet, at alle praktiserende læger indgår i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling.

Stk. 3.
Læger der står uden for klyngesamarbejdet, er forpligtede til at modtage et årligt kvalitetsbesøg, jf. partsaftale om opfølgning på læger uden for klynger. Kvalitetsbesøget træder i stedet for deltagelse i klyngearbejde og foregår i dialog og samarbejde med de regionale kvalitetskonsulenter.

§ 103 PATIENTOPLEVET KVALITET I ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.
Lægerne er forpligtede til mindst hvert tredje år at medvirke i en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i almen praksis samt at offentliggøre resultatet af undersøgelsen på praksis' hjemmeside. Arbejdet indgår som en del af grundlaget for kvalitetsudvikling i almen praksis. Resultaterne kan anvendes af både den enkelte praksis og i klyngearbejdet som input til kvalitetsarbejdet.

Stk. 2.
Undersøgelserne gennemføres som udgangspunkt ved brug af patienternes e-boks, idet der dog udsendes et spørgeskema med brevpost til et repræsentativt udsnit af de patienter i en praksis, som er fritaget fra Digital Post.

Stk. 3.
KiAP er ansvarlig for, at resultatet af undersøgelserne gøres tilgængelige for de enkelte klinikker og klynger i form af en rapport, hvor resultaterne sammenlignes med regions- og landsniveau. KiAP videreformidler

resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelserne til regionerne og overenskomstens parter med henblik på udvikling af kvaliteten i almen praksis.

KAPITEL XI. ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNERNE

§ 104 ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGEN OG KOMMUNENS PLEJEPERSONALE.

Stk. 1.
Den enkelte læge skal tilbyde e-konsultation med kommunalt plejepersonale, fx hjemmepleje, plejehjem, sundhedspleje eller sociale og social-psykiatriske tilbud, som en del af praksis' tilbud. E-konsultationer til kommunen honoreres med ydelse 0127, jf. § 60. Svartiden tilstræbes gensidigt at være maksimalt tre hverdage.

Stk. 2.
E-konsultation med kommunens plejepersonale skal foregå efter gældende MedCom-standarder.

Stk. 3.
E-konsultation omfatter enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter om konkrete helbredsmæssige problemstillinger hos en patient, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. E-konsultation omfatter også elektronisk meddelelse til kommunens plejepersonale med svar på laboratorieprøver eller undersøgelser samt eventuel behandlingsplan. Endvidere omfattes situationer, hvor hjemmeplejen/plejehjemmet sender elektronisk meddelelse med observationer vedrørende patienten, og lægen svarer med en behandlingsplan.

Stk. 4.
Der honoreres ikke for lægens svar på eventuelle supplerende spørgsmål eller for lægens afvisning af en kommunal 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 kommunens plejepersonale af rent orienterende karakter, som ikke kræver handling eller svar fra lægen.

NOTE til § 104:
Hvis det kommunale plejepersonale 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.

KAPITAL XII UDVALG OG FONDE

§ 105 KOMMUNALT-LÆGELIGE UDVALG MELLEM KOMMUNERNE OG DE PRAKTISERENDE LÆGER

Stk. 1.
Alle kommuner skal i samarbejde med kommunens læger nedsætte et kommunalt-lægeligt udvalg (KLU) 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 to gange årligt, og varigheden er op til tre timer pr. møde dog efter behov.

De deltagende læger (i alt to 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 i regi af KLU. 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 medlemmer blandt kommunens læger.

Læger udpeget til KLU 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, dog ydes ikke honorar til mere end to læger.

NOTE til § 105:
Det anbefales, at et af kommunens medlemmer samtidig er kontaktperson for udvalget.

§ 106 FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Fonden for almen praksis har til formål at understøtte kvalitetsudvikling, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling.

Stk. 2.

Fondens bestyrelse består af fire medlemmer udpeget af PLO og fire medlemmer udpeget af RLTN. Overenskomstens parter deler formandskabet.

Stk. 3.

Under Bestyrelsen for Fonden for almen praksis nedsættes tre styregrupper: én for kvalitet, én for forskning og én for efteruddannelse.

Stk. 4.

En koordinationsgruppe bestående af repræsentanter fra PLO og Danske Regioner er sekretariatsfunktion for Fondsbestyrelsen.

Stk. 5.

KiAP sekretariatsbetjener Styregruppen for kvalitet. PLO-E sekretariatsbetjener Styregruppen for efteruddannelse.
Forskningsenhederne sekretariatsbetjener Styregruppen for forskning.

§ 107 OPGAVER OG BEFØJELSER FOR FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS

Stk. 1.

Fonden har til opgave at styrke udviklings- og driftsaktiviteter inden for kvalitet, faglighed, efteruddannelse og forskning, jf. bilag 11.

Stk. 2.

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.
Fordelingen af midler til kvalitet, forskning, efteruddannelse og faglig udvikling fremgår af § 108. Ved enighed i Fondens bestyrelse kan der træffes tværgående beslutninger, der påvirker ressourcefordelingen i en afgrænset periode.

§ 108 INDBETALING AF MIDLER TIL FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS
Stk. 1.
Regionerne indbetaler årligt til Fonden for Almen Praksis nedenstående beløb. Beløbene er pr. patient opgjort pr. 01-10 det foregående år.

Stk. 1a.
Der indbetales beløb svarende til 2,19 kr. pr. patient til kvalitetsudviklingsformål, hvoraf 0,14 kr. er afsat til patienttilfredshedsundersøgelser.

Stk. 1b.
Der indbetales beløb svarende til 5,80 kr. pr. patient til forskningsformål.

Stk. 1c.
Der indbetales beløb svarende til 21,44 kr. pr. patient til efteruddannelsesformål. **Beløbet inkluderer 7,7 mio. kr. fra Administrationsudvalget og 1,1 mio. kr. til SAC/SOC.**

Stk. 1d.
Der indbetales beløb svarende til 0,38 pr. patient til arbejdet med DSAM's kliniske vejledninger.

Stk. 1e.
Staten indbetaler i henhold til "Hovedpunkter i aftalen på almen lægeområdet" af 30-05-1991, pkt. 17, årligt kr. 9.202.230 til forskningsformål.

Stk. 2.
Beløbene reguleres i takt med udviklingen af honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år, jf. § 82.

Stk. 3.
Regionernes indbetaling af de i stk. 1 nævnte midler finder hvert år sted pr. 1. september til Fonden.

§ 109 FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS VED UNIVERSITETERNE (APU)

Stk. 1.
Parterne har den 20-06-2002 stiftet Fonden for Almen Praksis ved Universiteterne (APU-Fonden) med det primære formål at etablere almene praksis i anpartsselskabsform ved universiteterne i Århus, København og Odense, sekundært ved gennem uddelinger at medvirke til udviklingen af almen praksis.

Stk. 2.
APU-fonden er en erhvervsdrivende fond, som virker i henhold til reglerne herfor, herunder Fondens bestyrelse.

NOTE TIL § 109
Der findes ikke længere almen praksis ved universiteterne.

KVALITETSARBEJDE I REGIONERNE

§ 110 DE REGIONALE KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSESUDVALG

Stk. 1.
Regionerne har ansvar for at udvikle og sikre tilbud til kvalitets- og efteruddannelsesindsatsen. Den regionale indsats sker med afsæt i en regional organisering af kvalitetsarbejdet.

Stk. 2.
Midler afsat til den regionale opgavevaretagelse prioriteres og udmøntes af regionerne i dialog med de praktiserende læger i regionen. Uforbrugte KEU-midler fra tidligere overenskomster kan parterne i fællesskab udmønte indtil ophør af midler.

Stk. 3.
I hver region nedsættes et regionalt kvalitets- og efteruddannelsesudvalg (KEU).

Stk. 4.
KEU-udvalget består af tre repræsentanter fra hver part. Udvalget holder møde fire gange om året.

Stk. 5.
Udgifter forbundet med udvalgets arbejde finansieres af midler afsat af den enkelte region, jf. § 112, stk. 1, litra c.

§ 111 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.

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 har følgende opgaver i relation til kvalitetsarbejdet i klynger og almen praksis:
- Generelt rådgive og understøtte i forhold til tilbuddene fra den regionale kvalitetsenhed
- Specifikt planlægge når der er behov for, at parterne understøtter og koordinerer klyngernes funktion og udvikling. Bl.a. med afholdelse af regionale netværks- og erfaringsmøder for klynger og klyngekoordinatorer
- Understøtte de praktiske muligheder for samarbejdet mellem klynger, regionale sygehuse, kommuner og den øvrige praksissektor.

NOTE til § 111:
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 f.eks.:

- *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.

§ 112 MIDLER TIL UNDERSTØTTELSE AF KVALITETSUDVIKLING OG EFTERUDDANNELSE

Stk. 1.
Regionerne afsætter en pulje på 11,23 kr. pr. patient til lokal, regional anvendelse og udmøntning til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Heraf afsættes:

a) 1,66 kr. pr. patient til den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelsesordning (DGE). Midlerne til DGE afsættes til løn til vejlederne inkl. koordinatortillæg, gruppelederaktiviteter samt udgifter til administration, kontorhold mv.
b) **5,87 kr.** pr. patient til regional kvalitetsudvikling i almen praksis. Midlerne er bundet til aftalte regionale opgaver såsom klyngeunderstøtning, dataleverancer, konsulentbistand, lægemiddelrådgivning, Store Praksisdage mv.
c) **3,71 kr.** kr.pr. patient til kvalitetsudvikling for lægeklinikker i klynger.

Stk. 2.
Klyngerne tildeles et årligt klyngebudget beregnet på baggrund af antallet af tilmeldte patienter i de lægeklinikker, der indgår i klyngen pr. 1. februar.

Klyngekoordinatoren giver meddelelse til regionen om klyngens deltagende lægeklinikker forud for udbetaling af klyngebudget samt for korrespondance om ændringer i klyngesammensætningen i øvrigt.

Stk. 3.
Midler der ikke udmøntes til lægeklinikker i klynger efter litra c, anvendes til regional kvalitetsudvikling efter litra b.

Stk. 4.
Beløbene i stk. 1 reguleres i takt med udviklingen i honorarreguleringen pr. 01-10 foregående år.

Stk. 5.
Midlerne efter stk. 1 er til rådighed i regionerne pr. 1. februar.

Stk. 6.
Midler afsat til understøttelse af kvalitetsudvikling i almen praksis dækker også læger, der står udenfor klyngesamarbejdet, jf. § 102, stk. 2.

Stk. 7
Regionerne afsætter midler til kvalitetsudvikling for alle gruppe 1-sikrede. Midler der vedrører gruppe 1-sikrede, der er tilmeldt udbuds- eller regionsklinikker, er ikke omfattet af overenskomsten for almen praksis.

Stk. 8.
Læger fra regions- og udbudsklinikker kan deltage i klynger, hvis klyngen inviterer til det. I så fald tilfalder midlerne, jf. stk. 1, litra c, for de tilmeldte lægers patienter, klyngen.

KAPITEL XIII. SAMARBEJDSBESTEMMELSER OG VEDLIGEHOLDELSE AF AFTALEN

§ 113 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 fire 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 21.

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.

§ 114 SAMARBEJDSUDVALGETS OPGAVER OG BEFØJELSER

Stk. 1.
Samarbejdsudvalget vejleder med hensyn til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser.

Stk. 2.
Samarbejdsudvalget behandler klager over lægebetjeningen, jf. kapitel XIV, samt klager over formelle fejl i sagsbehandlingen eller beregningsfejl ved automatisk fastsatte højestegrænser, jf. § 96.

Stk. 3.
Samarbejdsudvalget behandler af egen drift sager, der vedrører sigtelser, tiltaler og domsfældelser i sager efter straffeloven, som samarbejdsudvalget eller parterne får kendskab til.

Stk. 4.
Samarbejdsudvalget kan gennem regionen anmode en læge, der virker under overenskomsten, om tilladelse til at indhente straffe- og børneattest. Eksempelvis kan Samarbejdsudvalget vurdere, at der kan være behov herfor i forhold til sanktioner i forbindelse med verserende sager efter § 114, stk. 8.

Manglende tilladelse fra lægen til at Samarbejdsudvalget kan indhente straffe- og børneattester, kan ligeledes sanktioneres efter § 114, stk. 8.

Stk. 5.
Samarbejdsudvalget har pligt til at behandle henvendelser, hvis lægehjælpsudgifter i et område afviger væsentligt fra udgifter i tilsvarende områder. Tilsvarende gælder sygehjælpsudgifter, der er afhængige af lægernes ordinationer.

Stk. 6.
Samarbejdsudvalget varetager i øvrigt de opgaver, der er henlagt til udvalget i denne overenskomst.

Stk. 7.
Samarbejdsudvalget skal forelægge sager, som vurderes at være af principiel karakter, for landssamarbejdsudvalget. Landssamarbejdsudvalget beslutter om en sag anses for principiel.

Stk. 8.
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 i de tilfælde, hvor lægen ikke er enig i tilbagebetalingskravet og/eller dets opgørelse,
    b) at lægen pålægges en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål,
    c) at lægen suspenderes. Suspensionen ophører ved parternes enighed herom.
    d) at lægen udelukkes fra at praktisere efter overenskomsten. Landssamarbejdsudvalget fastsætter en frist for afhændelse af praksis i disse tilfælde.

Afgørelse efter A skal indberettes til Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 9.
Forud for anvendelsen af de i stk. 8 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 (f.eks. efterleve økonomisk lægemiddelordination, aftalte forløbsprogrammer m.v.).

Stk. 10.
Såfremt en læge ikke har nået minimumstallet for oprettede forløbsplaner, jf. § 98, kan Samarbejdsudvalget tildele en advarsel. Ved fortsat manglende efterlevelse, kan Samarbejdsudvalget beslutte at klinikkens basishonorar reduceres med **12.186,53 kr. årligt.**

Stk. 11.
Samarbejdsudvalget drøfter mindst én gang årligt samarbejdet mellem almen praksis, sygehuse, den øvrige praksissektor, kommunerne og region, herunder hvordan almen praksis mest hensigtsmæssigt kan medvirke til 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 kan 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. 12.
Samarbejdsudvalget indberetter til Landssamarbejdsudvalget en gang årligt en kort afrapportering fra de i medfør af stk. 11 gennemførte drøftelser.

§ 115 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 § 113 og § 115:
Følgende bestemmelse i Sundhedsloven har konsekvens for behandlingen af sager i samarbejdsudvalgene og Landssamarbejdsudvalget:

Sundhedsloven § 227, stk. 13: 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.

§ 116 LANDSSAMARBEJDSUDVALGETS OPGAVER OG BEFØJELSER
Stk. 1.
Landssamarbejdsudvalget skal til fremme af samarbejdet mellem parterne og til brug for udvikling eller ændring af de overenskomstrelaterede

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 XIII.

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 retningslinjer 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 i Samarbejdsudvalget.

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.

§ 117 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 suspendere lægen midlertidigt fra at praktisere efter overenskomsten.
e) at udelukke lægen fra at praktisere efter overenskomsten.
f) at udelukke lægen midlertidigt eller permanent fra at blive ansat i klinikker, der drives i henhold til nærværende overenskomst.

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

Stk. 3.

Landssamarbejdsudvalget kan bestemme, at en af udvalget truffet afgørelse skal offentliggøres efter udvalgets nærmere bestemmelse.

Stk. 4.

Afgørelser indeholdende en af de i stk. 1 og 2 nævnte sanktioner skal fremsendes elektronisk via e-boks.

Stk. 5.

I mangel af enighed i Landssamarbejdsudvalget om iværksættelse af en sanktion kan sagen af én eller begge parter indbringes for en opmand, jf. §§ 119 og 120.

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, f.eks. fra mentor eller netværk
c) give henstilling eller påbud om at tilpasse adfærden

§ 118 FORTOLKNINGSBIDRAG
Afgørelser truffet af Landssamarbejdsudvalget efter den tidligere overenskomst gælder som fortolkningsbidrag i den til enhver tid gældende overenskomst.

OPMAND

§ 119 OPMAND
Stk. 1.
Parterne udpeger en uafhængig opmand.

Stk. 2.
I tilfælde af uenighed mellem parterne om udpegning af opmand udpeges denne af ministeren for Sundheds- og Ældreministeriet.

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.

§ 120 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

§ 121 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, herunder også lægens adfærd og opførsel.

NOTE til § 121:
Kommunikationen mellem læge og patient er af stor betydning for et godt patientforløb, og her har lægen som den professionelle part et særligt ansvar for at sikre den gode kommunikation.

§ 122 FREMSÆTTELSE AF KLAGER

Stk. 1.
Klager fra patienter fremsættes skriftligt direkte overfor regionen.

Stk. 2.
Klager fra læger fremsættes over for PLO-regionalt.

Stk. 3.
Klager fra kommuner fremsættes over for regionen.

Stk. 4.
Alle klager skal fremsættes inden seks uger efter, at det forhold, der giver anledning til klagen, er kommet til klagerens kundskab.

§ 123 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. 4, såfremt det er regionen, der er klaget over.

Stk. 3.
Vedrører klagen en læge eller en kommune indbringes klagen for Samarbejdsudvalget.

Stk. 4.
Klager over regionen forelægges for Landssamarbejdsudvalget.

§ 124 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 patient 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.

§ 125 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.

§ 126 FÆLLES REGLER FOR BEHANDLING AF KLAGER

Stk. 1.
Ved klager der ikke omfattes af klagereglerne i denne overenskomst, 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.
Sagsbehandling af klager i henhold til kapitel XIV skal følge forvaltningslovens regler.

Stk. 4.
Parterne i klagesager er forpligtet til at afgive fuld oplysning om alle i sagen vedrørende forhold til den, der har sagen til behandling. Ved ikke at svare fralægger lægen sig muligheden for at få sine synspunkter medtaget i vurderingen af sagen.

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.

§ 127 AFGØRELSE AF KLAGESAGER OG ANKE

Stk. 1.
Der kan kun træffes afgørelse i klagesager, når der er enighed om afgørelsen i Samarbejdsudvalget/Landssamarbejdsudvalget.

Stk. 2.
Er der ikke enighed i Samarbejdsudvalget, indbringes sagen for landssamarbejdsudvalget til afgørelse.

Stk. 3.
Samarbejdsudvalgets afgørelse kan inden seks uger fra afgørelsens afsendelsesdato, af klageren eller af den indklagede, indbringes for Landssamarbejdsudvalget.

§ 128 FAGLIGE KLAGER

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

Formålet med dialogen 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.

§ 129 ADGANG TIL ÆNDRINGER I OVERENSKOMSTEN

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

§ 130 IKRAFTTRÆDEN

Ændringer aftalt den 19. juni 2021 træder i kraft den 1. januar 2022.

§ 131 OPSIGELSE

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

Stk. 2.
Overenskomstens bestemmelse i § 62 vedrørende samtaleterapi bortfalder regionsvis med et varsel på seks måneder til ophør den 1. i en måned, såfremt der i regionen er indgået en underliggende aftale til praksisplanen, som fastlægger indsatser for visse patienter med psykiske 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 § 131:
Parterne er enige om, at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2025.

København, den 10-09-2024

For REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN:

Heino Marnow Knudsen
/ Rikke Margrethe Friis

For PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION:

Jørgen Skadborg
/
Henrik Dam

BILAG TIL OVERENSKOMST OM ALMEN PRAKSIS

Honorarer anført i bilagene er i 01-10-2024 pris- og lønniveau medmindre andet er anført.

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 ressourcer.

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 medicinsk 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 ressourcesvage 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. PLO-R 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 indhold, 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 FAGLIGE RAMMER FOR PILOTPROJEKT VEDR. KLINISK INDSATS FOR MULTISYGE AF 19-06-2021

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

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

Målsætning

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

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

Målgruppe

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

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

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

- Borgeren er hjemmeboende, eventuelt med kontakt til hjemmeplejen/hjemmesygeplejen.

Samlet set indgår ca. 20.000 patienter i ovennævnte gruppe.

Fagligt indhold af overbliksstatus ved multisygdom

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

Under konsultationen (foretages af lægen – evt. med deltagelse af kontaktpersonen) gennemføres der:
- Afklaring af hvilke diagnoser patienten har i samarbejde med patienten, og en evt. opdatering af oversigten over faste diagnoser med icpc-kodning.
- Evt. kontakt/konference med øvrige behandlere med henblik på afklaring af behandlingsforløb.
- Afklaring af hvilken medicin patienten indtager og på hvilken indikation med støtte i FMK og ajourføring af FMK.
- Prioritering af indsatsområder for behandling sammen med patienten og afklaring af, hvad der betyder mest for patientens liv og helbred.
- Motiverende samtale.
- Drøftelse af om eventuelle planlagte besøg i et eller flere ambulatorier kan reduceres i antal eller måske ophøre helt (skal ske i samråd mellem praktiserende læge, speciallæge i ambulatorium og patient).
- Udarbejdelse af et behandlingsoverblik der følger af journalnotatet. Det relaterer sig til både prioriterede indsatsområder for behandling og konkrete indsatser/aftaler og kommunal rehabilitering.
- Patienten medgives behandlingsoverblikket og det sendes til kommunen og evt. til de sygehusafdelinger, som har patienten i ambulant forløb.
- Kontaktpersonen sørger for opfølgning og eller aftaler om næste konsultation.

Efter konsultationen gennemføres der:

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

Opgaver i tværsektoriel koordinering

Kommunens opgave

Efter modtagelse af behandlingsoverblikket via henvisning[5] til kommunalt forebyggelsestilbud gennemfører kommunen en samtale med patienten med udgangspunkt heri. Der tilrettelægges en skræddersyet rehabiliteringsindsats. Egen læge modtager ved afslutning et notat fra kommunen[6]. Det er væsentligt at hhv. kommune og almen praksis kender til hinandens sundhedsfaglige indsatser, og der bør arbejdes på, at samarbejdet fremmes indenfor projektets rammer.

Hospitalets opgave

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

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

Almen praksis' opgave

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

Indsamling af data

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

Udvælgelse af praksis og hospitaler

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

---

[5] Medcom standard XREF15.
[6] Medcom standard XDIS15.

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

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

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

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

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

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

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

BILAG 4 PROTOKOLLAT OM STYRKET OPFØLGNINGSINDSATS VED SEKTOROVERGANGE AF 14-09-2017 (RETTET 19-06-2021)

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

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

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

Opgaver og ansvar
Opgaven for styrket opfølgningsindsats gælder ved følgende to forhold:

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

Den praktiserende læge forpligter sig til at følge op over for patienten ved aktivt at forholde sig til epikrisen og reagere adækvat på den udskrivende læges anbefalinger. Den styrkede opfølgning med farvemarkering af epikriser gælder alle patienter, som afsluttes fra sygehusbehandling eller fra speciallægepraksis.

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

Den akutte opfølgningsforpligtelse (rødt flag) dækker dagtid og ferier. Det betyder bl.a., at den praktiserende læge skal sørge for monitorering og nødvendig opfølgning af indkomne epikriser ved stedfortræder i ferieperioder. Den praktiserende læge kan kontakte udskrivende læge såfremt opfølgningen af faglige eller rent praktiske årsager ikke kan gennemføres.

Regionen udarbejder en faglig vejledning om anvendelsen af de tre opfølgningskategorier. Parterne opfordrer til lokal dialog mellem de praktiserende læger og de udskrivende læger om anvendelse med henblik på at understøtte en fælles forståelse af den styrkede opfølgningsindsats indenfor rammerne af vejledningen.

Opfølgning
Parterne vil løbende følge udviklingen i omfang og udbredelse hen over aftaleperioden. Opfølgning og evaluering forankres i Partsforum vedr. data og digitalisering.

BILAG 5 ØKONOMIPROTOKOLLAT AF 10-09-2024

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

I økonomiprotokollatet er der taget højde for den ekstraordinære situation, at den aftalte økonomiske ramme overskrides.

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

I henhold til Sundhedsloven er der fri adgang for sikrede til det almen medicinske tilbud. Det betyder, at den enkelte læge ikke kan styre antallet af initiale henvendelser i praksis. Dette er en særlig omstændighed, som nødvendiggør, at både PLO som organisation, og regionerne som myndighed, skal kunne give løbende information og vejledning til de praktiserende læger om det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme, og om de overenskomstmæssige konsekvenser af, at den økonomiske ramme overskrides.

Parterne er enige om, at regioner og PLO sammen og hver for sig har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig indenfor den fastlagte økonomiske ramme.

Der skal ske en drøftelse af fælles tiltag, hvis der er udsigt til overskridelse af den forventede økonomi. Den første opgørelse udarbejdes, når udgiftstallene for marts 2025 foreligger.

Den økonomiske ramme for almen praksis udgør pr. 1. januar 2025 10.147,6 mio. kr. Rammen reguleres kvartalsvis i forhold til antallet af patienter tilmeldt klinikker som drives i henhold til Overenskomst om almen praksis, jf. overenskomstens § 8.

Rammen omfatter alle udgifter i dag- og vagttiden, inkl. basishonorering. Udgifter vedrørende profylakseydelser, sæsonvaccinationer,

cervixytologiske undersøgelser (2102, inkl. én 0101), fast tilknyttede læger på plejehjem og botilbud er ikke inkluderet i rammen. Tilbagebetalingskrav for ikke honorarværdige afregninger, som følger af automatiske højestegrænser, der effektueres i kalenderåret, indgår ikke i aktivitetsopgørelsen. Endeligt er udgifter vedr. lokale aftaler og rammeaftaler ikke inkluderet i rammen.

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

Til rammen lægges pr. 1. januar 2025:

- Løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til § 64 i overenskomsten

- 39,8 mio. kr. som følge af udviklingen i gruppe 1 sikrede

- 32,9 mio. kr. som følge af den demografiske udvikling

- 20,3 mio. kr. til øget kronikerhonorar i de lægedækningstruede områder jf. protokollat om differentieret basishonorar

- 15,2 mio. kr. til udbygning af det nære sundhedsvæsen

- 4,8 mio. kr. til øget aktivitet som følge af aftalen om faste læger på botilbud

- 20,3 mio. kr. til ekstra aktivitet i lægedækningstruede områder. Midlerne udløses i takt med, at der kommer flere læger i pågældende områder jf. aftaletekst herom.

Den økonomiske ramme korrigeres teknisk for følgende:

Nye ydelser som følge af lovgivning, bekendtgørelser eller lignende.
Lokalt aftalte opgørelser for ændringer i aktiviteten som følge af omlægninger i regionernes akutbetjening.

Økonomirammen reduceres med den andel af de udmøntede midler til spirometrier (7113 og 7121) samt ydelsen ”sundhedstjek på botilbud”, som der ikke er afholdt aktivitet for. Hvis aktiviteten for sundhedstjek på botilbud overstiger det afsatte beløb, opreguleres økonomirammen tilsvarende.

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

Der er ikke fastsat nogen økonomisk ramme for perioden efter 31. december 2025. Udviklingen i økonomien sammenholdt med den økonomiske ramme følges løbende, som minimum via kvartalsvise opgørelser.

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

Hvis de årlige udgifter, normeret til 52 uger, til almen praksis overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra den førstkommende regulering efter opgørelsen foreligger, sker en modregning efter følgende principper:

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

BILAG 6 PROTOKOLLAT VEDRØRENDE DIFFERENTIERET BASISHONORAR AF 14-09-2017 (RETTET 19-06-2021)

Der etableres en central ordning på 69,7 mio. kr. vedrørende differentieret basishonorar, hvoraf der reserveres 27,9 mio. kr. årligt til fordeling blandt praktiserende læger beliggende i lægedækningstruede områder.41,8 mio. kr. reserveres årligt til praksis, som har en patientpopulation med en patienttyngde over gennemsnittet i henhold til en statistisk beregnet sammenhæng mellem forbrug på den ene side og alder, køn og sygelighed på den anden side, jf. dog at der fastlægges en dynamisk minimumsgrænse (se nedenfor).

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

Ordningen gælder fra 1. januar 2018.

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

En objektiv model for hvilke områder der falder ud som lægedækningstruede, er fastlagt af regionen inden den 1. juli 2021 og låses fast i en tre-årig periode.

Den enkelte praksis' andel af ordningen beregnes årligt på baggrund af klinikpopulationens alder, køn og sygelighed den 1. januar.

Udbetalingen sker i to rater hvert år pr. 15. juli og 15. november.

Honoraret udbetales kun til virksomme praksis på udbetalingstidspunktet. Midler der ikke har fundet anvendelse, overgår til efterfølgende års udbetaling. Har en praksis skiftet ejer og evt. ydernummer skal der udbetales basishonorar, hvis klinikken er berettiget hertil. Der foretages ikke en genberegning af eventuelle ændringer i patientpopulationen. Regionerne udbetaler til den samlede rate til de aktive læger, og eventuelle krav om andel af differentieret basishonorar fra sælger er alene et mellemværende mellem de to læger.

Det differentierede basishonorar indgår ikke i beregningen af årsopgørelse og fastsættelse af højestegrænser i henhold til overenskomstens § 94.

Udbetaling - patienttyngde er over gennemsnittet
Det differentierede basishonorar udbetales som et tillæg til det faste basishonorar, jf. overenskomstens § 55. Beregningen tager udgangspunkt i en statistisk beregnet, estimeret sammenhæng mellem patienters forbrug i almen praksis og patientkarakteristika: alder, køn og sygelighed.

Følgende variable indgår i den statistiske model:

- Afhængig variabel: Forbruget af sundhedsydelser målt ved bruttohonoraret, afgrænses til afregnet honorar i et enkelt kalenderår, for ydelser i almen praksis dagtid, der udgør en særskilt kontakt (konsultation (0101), telefonkonsultation (0201), e-mailkonsultation (0105), sygebesøg (0411-61), andet fysisk fremmøde) mellem behandler og patient. På yderniveau er det samlede afregnede kontakthonorar for borgere tilmeldt yderen pr. 1. januar samme år.
- Uafhængig variabel: Alder og køn på tilmeldte patienter.
- Uafhængig variabel: Sygelighed måles ud fra Charlsons komorbiditetsindeks. I beregningen af Charlsons komorbiditetsindeks indgår alle diagnosekoder (aktions- eller bidiagnoser), der er registreret på sygehuset i de forudgående fem år (Landspatientregisteret). Indekset tildeler sygelighed en score 1,2,3 eller 6 efter sygdomstyngde. I de anvendte vægte samles score 1 og 2 i vægten CCI=1,2 og score 3+ i CCI=3.

Den statistiske model resulterer i vægte for de omfattede patientprofiler. Vægtene gælder for hele overenskomstperioden. Vægtene anvendes til at estimere hver enkelt kliniks andel af de 41,8 mio. kr. på baggrund af klinikkens patientpopulation. Vægtene opdateres hvert tredje år medmindre andet er aftalt.

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

Der sættes en minimums- og en maksimumsgrænse for de beløb, læger kan modtage fra ordningen i henhold til den statistiske model. Minimumsgrænsen er dynamisk og bliver meldt ud parallelt med udmelding om udbetaling fra ordningen. Maksimumgrænsen udgør 116.204 kr.

Udbetaling - adresse i lægedækningstruet område
Den statistiske model suppleres af en geografisk model, hvor der udbetales fra ordningen i henhold til om praksis er beliggende i et lægedækningstruet

område. Differentiering i henhold til geografisk placering udgør 40 % af de midler, der er reserveret i ordningen, som fordeles ligeligt pr. patient til praksis med konsultationsadresse i lægedækningstruede områder.

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

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

BILAG 7 PROTOKOLLAT VEDRØRENDE DEN SAMLEDE HONORERING AF 13-10-2002 (RETTET PR. 14-09-2017)

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, it 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 ydelseshonorarer.

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.

Herudover blev følgende opgaver aftalt pr. 14. september 2017 som en del af lægens basishonorar.

Styrket indsats for kræft
Det er praktiserende læges ansvar at sikre en tilstrækkelig opfølgning i almen praksis for patienter i et kræftforløb eller patienter med et afsluttet kræftforløb. Patienter, som ikke traditionelt trækker direkte ydelser, har også krav på lægens aktive bevågenhed og tilpasning af ydelserne til patientens behov.

Styrket indsats for kronisk sygdom
En styrket indsats for kronisk sygdom skal især rettes mod de svært syge og de socialt udsatte borgere. De praktiserende læger skal i særlig grad rette en indsats mod sårbare patienter med særlige behov og en eller flere kroniske sygdomme. Denne ekstra indsats, blandt de patienter der er tilmeldt praksis, kan have både forebyggende, opsøgende og opfølgende karakter.

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

Forløbsplaner
Elektroniske forløbsplaner skal implementeres i overenskomstperioden. Forløbsplaner er til alle patienter, som inden for de seneste fire år er diagnosticeret med enten diabetes type 2, KOL og/eller kroniske lænderygsmerter. Den praktiserende læge opretter, anvender og vedligeholder forløbsplanen i samarbejde med patienten i det videre forløb.

Styrket indsats for børn med astma
De praktiserende læger skal implementere og anvende 'Undersøgelsesprogram for Astma hos Børn og Unge' udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i 2016.

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

BILAG 8 PROTOKOLLAT OM FORLØBSPLANER PR. 19-06-2021

Parterne er enige om, at alle klinikkerne skal tilbyde relevante borgere en digital forløbsplan og være aktive brugere af de digitale forløbsplaner. Det betyder, at hver klinik løbende opretter og vedligeholder planerne. I starten af 2021 bliver den tredje forløbsplan for hjertepatienter tilgængelig for klinikkerne. Parterne vil i 2021 have fokus på implementeringen af denne – og på at udbrede de to eksisterende forløbsplaner til de klinikker, der endnu ikke er kommet i gang med brugen af forløbsplanerne. Der vil, pga. forskellig patientsammensætning i klinikkerne, være stor forskel på, hvor mange forløbsplaner de enkelte klinikker opretter og vedligeholder, og derfor blev der i OK18 aftalt et samlet måltal på 75.000 forløbsplaner om året for hele sektoren. Parterne forventer, at alle klinikker tilbyder og arbejder med forløbsplanerne, men er bekendt med at der kan være forhold, der forklarer variation mellem klinikkerne. Parterne er enige om at følge og evaluere måltallet løbende. Bl.a. gennemføres en variansanalyse af spredningen i brugen klinikkerne i mellem medio 2022.

Hjerteforløbsplanen
Hjerteforløbsplanen er lavet anderledes end de to forudgående, da den også medtager "risikanter"[7] og altså ikke som de to første planer for KOL og diabetes er målrettet patienter med verificerede diagnoser. Denne udvidelse er medtaget for at give klinikken et bedre overblik over en stor og vigtig population i praksis og for at skabe mulighed for, at en patient med både diabetes og en hjertesygdom kun får én plan frem for to parallelle planer. Med den digitale forløbsplan til hjerteområdet, tages således første skridt mod en mere dynamisk forløbsplan, så patienter med flere kroniske diagnoser kun får en samlet plan. Parterne er enige om, at flere kronikere og borgere med længerevarende forløb hos deres praktiserende læge kan have gavn af en digital forløbsplan og, at der kan arbejdes videre med sporet med en dynamisk forløbsplan inden for den eksisterende økonomiske ramme.

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

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

[7] Borgere med forhøjet kolesterol eller forhøjet blodtryk, der har forhøjet risiko for at udvikle hjertesygdom.

ikke pligt til at tilbyde en forløbsplan til alle patienter, som kan inkluderes i den nye hjerteforløbsplan.

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

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

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

Hver kapacitet skal have oprettet fem forløbsplaner og som minimum oprette fem pr. år de efterfølgende år, og oprettede planer skal holdes opdateret, når det er relevant – fx i forbindelse med de efterfølgende årskontroller. Hvis dette minimumstal ikke nås, anses det for misligholdelse af overenskomsten, som kan indbringes for Samarbejdsudvalget. Her kan lægen i første omgang blive pålagt en advarsel og sidenhen, ved manglende efterlevelse, blive pålagt en reduktion i de midler som tilføres basishonoraret for at løfte opgaven med forløbsplaner dvs. 12.186,53 kr. årligt.

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

BILAG 9 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.

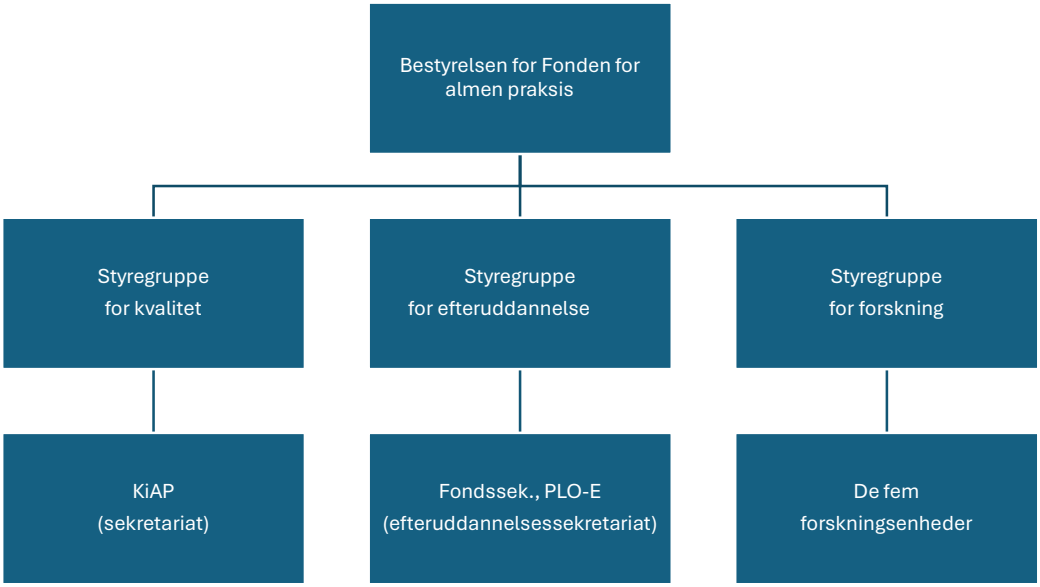
Parterne er enige om, at de ydelser, der er aftalt i overenskomsten, afspejler, hvorledes lægen honoreres for at yde den almenmedicinske indsats, som den praktiserende læge forventes at være i stand til at tilbyde patienterne. I ydelsessortimentet indgår såvel grundydelser, tillægsydelser, laboratorieydelser, 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 10 ORGANISERING AF FONDEN FOR ALMEN PRAKSIS AF 19-06-2021

Fonden for almen praksis med tilhørende styregrupper er organiseret som følger:



Fondsbestyrelsen er ansvarlig for den overordnede faglige udvikling for de tre områder: efteruddannelse, forskning og kvalitet. De tre styregrupper står for den praktiske udmøntning og implementering af konkrete indsatser, besluttet i fondsbestyrelsen.

Fondsbestyrelsens opgaver:

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

- At godkende budget og regnskab for fonden
- At godkende kommissorium for styregrupperne for Kvalitet, Efteruddannelse samt Forskning.
- At sikre udvikling af klyngearbejdet, herunder samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i regioner og kommuner

Fondsbestyrelsen sekretariatsbetjenes af parterne, som forbereder og koordinerer sager til drøftelse i fondsbestyrelsen. Fondsbestyrelsen består af fire repræsentanter fra hver part.

Styregruppernes opgaver:
- At sikre praktisk og konkret implementering af fondsbestyrelsens strategiske beslutninger om indsatser indenfor henholdsvis kvalitet, efteruddannelse og forskning
- At forholde sig til konkrete driftsmæssige, budgetmæssige og tekniske forhold, som opstår i det løbende arbejde på hvert af områderne
- At formidle og synliggøre parternes fælles arbejde indenfor kvalitet, forskning og efteruddannelse
- At bidrage med den faglige viden, som styregruppernes medlemmer besidder inden for de respektive områder ifm. styregruppernes arbejde
- At pege på den relevante faglige viden og kompetence, som styregruppens medlemmer er bekendte med og som kan inddrages i den praktiske realisering af fondens beslutninger.

Styregrupperne afholder 3-4 møder årligt.

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

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

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

Sekretariaternes opgaver (KiAP, Efteruddannelsessekretariat i PLO og forskningsenhederne):
- At servicere de pågældende styregrupper med mødemateriale og løbende status på indsatsen

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

BILAG 10 PROTOKOLLAT OM TILSKUDSBERETTIGET EFTERUDDANNELSE AF 10-09-2024

1. Indledning

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

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

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

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

2. Organisering

Den tilskudsberettigede efteruddannelse er organiseret under Fonden for Almen Praksis.
Bestyrelsen for fonden har det overordnede ansvar for de tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter til læger og praksispersonale. Bestyrelsen udpeger en Styregruppe for Efteruddannelse, hvortil der knyttes et antal lægefaglige konsulenter. Styregruppe for Efteruddannelse bemandes af 3 repræsentanter udpeget af RLTN og 3 udpeget af PLO. PLO udpeger formand blandt styregruppens medlemmer. Styregruppen nedsætter en koordinationsgruppe for efteruddannelse. PLO varetager sekretariatsbetjeningen af Styregruppen for Efteruddannelse, Koordinationsgruppen og de lægefaglige konsulenter. Derudover har sekretariatet ansvaret for at løse de administrative opgaver, der er i forbindelse med godkendelse og refusion ved deltagelse i efteruddannelse.

2.1. Fondsbestyrelsens opgaver i relation til efteruddannelse

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

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

2.2. Opgaver i Styregruppen for Efteruddannelse

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

- Løbende indstille temaer for den systematiske efteruddannelse, og temaer for tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonalet, som er målrettet udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis og det kompetencebehov, der følger hermed. Inden den politiske godkendelse udarbejdes et forslag til temaer fra efteruddannelsessekretariatet i PLO.
- Følge op på den selvvalgte, gruppebaserede og systematiske efteruddannelse gennem evaluering, der bl.a. skal have fokus på graden af deltagelse fra praktiserende læger og praksispersonale i forhold til anvendeligheden af efteruddannelsesaktiviteterne.
- Løbende have adgang til informationer om efteruddannelse vedr. afviklingen af kurser, kursusbeskrivelser og andre efteruddannelsesaktiviteter, under den tilskudsberettigede efteruddannelse, som efteruddannelsessekretariatet er i besiddelse af.
- Fastsætte kriterier for godkendelse af aktiviteter, der kan modtage tilskud.
- Løbende have indsigt i hvilke efteruddannelsesaktiviteter, der er godkendt, samt tage stilling til konkrete sager man ønsker at drøfte. Styregruppen kan således til enhver tid tage sager op af egen drift.
- Kunne tage stilling til om konkrete kurser forsat kan godkendes.

- Behandle ankesager fra ansøgere, der har fået afslag fra de lægefaglige konsulenter i sekretariatet.
- Understøtte DGE-ordningen, og sikre en koordinering på tværs af regionerne.

2.3. Opgaver i Koordinationsgruppen for Efteruddannelse

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

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

2.4. Sekretariatsfunktion i relation til efteruddannelse

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

- Indkalde til møder i Styregruppen for Efteruddannelse.
- Indkalde til møder i Koordinationsgruppen for Efteruddannelse.
- Registrere tilskudsberettigede efteruddannelsesaktiviteter.
- Modtage ansøgninger om tilskud til efteruddannelse
- Videresende ansøgninger til konsulenter og eventuelt Styregruppen for Efteruddannelse.
- Give besked til ansøgere om afgørelser.
- Foretage udbetaling af tilskud.
- Foretage stikprøvekontrol.
- Udarbejde årsrapporter til Styregruppen for Efteruddannelse.
- Udarbejde budget og regnskab til Fondsbestyrelsen i forhold til efteruddannelsessekretariatet, samt ind- og udbetalinger til Fonden for Almen Praksis.

- Foretage løbende evaluering af særligt den systematiske efteruddannelse.
- Bistå sekretariatskoordinationsgruppen i relation til opgaver vedrørende efteruddannelse.
- Løbende have dialog med de enkelte regioner, og sikre en tæt koordinering på tværs af den regionale efteruddannelsesindsats.
- Gennem de regionale efteruddannelseskoordinatorer foretages opfølgning på aktiviteter i DGE-grupperne i forhold til såvel udbetaling af mødegodtgørelser for enkeltlæger som for grupper.

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

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

3. Indholdet i den tilskudsberettigede efteruddannelse

3.1. Systematisk efteruddannelse

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

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

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

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

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

3.2 Selvvalgt efteruddannelse

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

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

3.3 Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE-ordningen)

En del af den tilskudsberettigede efteruddannelse kan, som nævnt, ske i en regionalt forankret decentral gruppebaseret efteruddannelse, kaldet DGE-ordningen. Den overordnede målsætning for DGE-ordningen er, at alle læger skal sikres efteruddannelsestilbud med direkte relevans for den enkelte læges virke og tilpasset de lokale og regionale forhold. DGE-

grupper kan vælge at etablere sig som deciderede efteruddannelsesgrupper, men kan også etableres som supervisionsgrupper eller lignende, som led i et fagligt løft af de deltagende læger.

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

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

Organisering

Nationalt
DGE-ordningen er, som en del af den tilskudsberettigede efteruddannelse, underlagt de overordnede rammer for tilskudsberettiget efteruddannelse som fastlægges af bestyrelsen i Fonden for Almen Praksis og inden for rammerne af denne overenskomst.

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

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

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

udvalget beslutter dette. Efteruddannelseskoordinatoren udpeges af regionen med inddragelse af de regionale vejledere.

Den konkrete tilrettelæggelse af DGE-ordningen varetages af den enkelte region dog inden for de rammer der er beskrevet i overenskomsten, og som løbende besluttes af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis.
Efteruddannelsesvejledere og -koordinatorer skal alle være aktive praktiserende læger.

Opgaver

Efteruddannelsessekretariatet i PLO
Efteruddannelsessekretariatet i PLO har ansvaret for udbetaling af mødegodtgørelse for lægernes deltagelse i grupperne ud af lægernes personlige konto til dækning af udgifter i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse.

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

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

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

DGE-koordinatorernes opgaver
De regionale efteruddannelseskoordinatorer skal medvirke til, at de praktiserende læger får oplysninger om relevant efteruddannelse regionalt såvel som nationalt. Koordinatorerne varetager desuden en rolle i forhold til at understøtte, at de praktiserende læger deltager i systematisk

efteruddannelse. Koordinatorerne vil få adgang til oplysninger om læger, der ikke deltager i den systematiske efteruddannelse, når der er behov for opfølgning.

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

DGE-vejledernes opgaver

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

Økonomi

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

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

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

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

3.4 Efteruddannelse for praksispersonale

Praksispersonale kan få tilskud til efteruddannelse inden for en række temaer som besluttes af Styregruppen for Efteruddannelse.
Efteruddannelsessekretariatet i PLO skal sikre et tilstrækkeligt og dækkende udbud af tilskudsberettigede kurser til praksispersonale regionalt og nationalt. Udbuddet af efteruddannelse til praksispersonale skal tilstræbes at ske i et samarbejde med de enkelte regioners tilbud til praksispersonale.

4. Godkendelser og opfølgning

4.1 Godkendelser af efteruddannelsesaktiviteter

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

4.2. Ankemuligheder ved afslag

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

Hvis en ansøgning behandles første gang i Styregruppen for Efteruddannelse, kan afgørelsen ankes til bestyrelsen i Fonden for almen praksis.

4.3. Opfølgning

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

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

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

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

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

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

5.1. Årsrapporter

Efteruddannelsessekretariatet udarbejder årligt en opgørelse til Fondsbestyrelsen og Styregruppen for Efteruddannelse vedrørende såvel systematisk, selvvalgt og gruppebaseret efteruddannelse, som tilskudsberettiget efteruddannelse for praksispersonale. I opgørelsen indgår som minimum oplysninger om varighed og fagligt indhold af efteruddannelsesaktiviteterne

og samlet aktivitet fordelt på læger/praksistyper. Opgørelsen fremsendes tillige til Koordinationsgruppen for Efteruddannelse til orientering.

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

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

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

Ved overenskomstperiodens udløb drøfter og fastlægger parterne fremadrettede 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 tilskudstaksterne samt de årlige tildelinger og afsætte yderligere midler til efteruddannelse. En justering af taksterne og forbrug af formuen kræver enighed mellem PLO og RLTN's repræsentanter i bestyrelsen.

Læger tildeles en personlig konto til dækning af udgifter i forbindelse med den tilskudsberettigede efteruddannelse. Grundbeløbet er for den selvvalgte efteruddannelse fastsat til **21.400** kr. årligt pr. læge, mens det for den systematiske efteruddannelse er fastsat til **26.400** kr. årligt pr. læge, svarende til tre dages efteruddannelse. Satser for udbetaling af aktiviteter fra 1. januar 2025

<u>Systematisk efteruddannelse:</u>
Efteruddannelseshonorar for en hel kursusdag: 4.500 kr.
Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag: Max 2.800 kr.

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

Selvvalgt efteruddannelse:
Efteruddannelseshonorar for en hel kursusdag: 4.000 kr.
Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag: Max 2.800 kr.
Kursusgebyr og ophold pr. godkendt kursusdag for praksispersonale: Max 3.100 kr.
Transportudgifter pr. kursusaktivitet eller pr. adskilt gruppe af kursusdage: Max 1.500 kr. Ved deltagelse på Lægedage dog op til 2.000 kr. pr. kursusdag.
DGE-møder på hverdage eller i weekender: 2.000 kr. (min. 2 timer)
Studiemateriale: Max 25% af det tildelte beløb.

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

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

Udover den individuelle tildeling tildeles DGE-grupper, som er godkendt af Efteruddannelses-koordinatorerne, desuden et årligt tilskud på **10.000 kr.** Ubrugte midler i grupperne tilbageføres ved årsafslutningen med udgangen af hvert år.

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

7. Sekretariatets udgifter
Efteruddannelsessekretariatet fremsender årligt et budget til bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis til godkendelse af forventede

administrationsomkostninger for sekretariatet. Administrationsomkostninger skal dække sekretariatets udgifter til blandt andet:

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

BILAG 11 PROTOKOLLAT OM KVALITET, FORSKNING OG EFTERUDDANNELSE AF 19-06-2021

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

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

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

Kvalitetsarbejdet i klyngerne er kommet godt i gang, hvorfor parterne er enige om at fortsætte det datadrevne kvalitetsarbejde med afsæt i erfaringerne og nyeste viden om klyngearbejdet. Som led heri er der behov for, at klyngearbejdet skal suppleres af og koordineres med nationale kvalitetstiltag, hvor man mere overordnet kan følge og i højere grad vurdere kvaliteten af dansk almen praksis.

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

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

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

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

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

Parterne har i forlængelse heraf aftalt en ændret tildeling af midler til kvalitetsarbejdet i den kommende periode. Klyngemidlerne reduceres midlertidigt i perioden med hhv. 75 %, 50 % og 25 % og midler til det regionale kvalitetsarbejde med en række beskrevne tilbud til både klinikker og klynger, er forøgede i OK-perioden.

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

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

konkrete indsats til at forbedre kvaliteten. Det er udviklingen, der er afgørende – ikke metoden.

Det er lægerne og klinikkerne, der etablerer disse klynger. Parterne vil støtte og følge udviklingen af kvalitetsarbejdet i disse klynger. Det er fortsat vigtigt, at kvalitetsarbejdet i klynger ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.

Klyngernes størrelse, interne organisering og behov for bistand
Klynger udgøres af flere lægeklinikker inden for et vist geografisk område for at tilgodese det lokale samarbejde, både lægerne imellem og med det øvrige sundhedsvæsen. En klynge bør minimum omfatte et antal lægeklinikker med i alt 30.000 tilmeldte patienter. Det er hensigten, at alle læger i klinikkerne aktivt deltager i kvalitetsudviklingen.

Arbejdet i klynger omfatter tre felter:

a) Kvalitetsarbejde, som læger i klyngen selv udvælger og initierer med henblik på at skabe kvalitetsforbedringer
b) Kvalitetsarbejde relateret til nationale mål/-indikatorer med relevans for almen praksis
c) Kvalitetsarbejde foranlediget lokalt, herunder på tværs af sektorgrænser.

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

Klyngekoordinatorerne har behov for bistand til især it- og datamæssige opgaver. Den nye organisering skal bl.a. understøtte samt definere den bistand, der er behov for, og sikre hvordan den bedst tilbydes, både nationalt og regionalt. Klyngen kan have behov for egentlig lægefaglig sparring og undervisning fra enten kolleger fra andre klynger, speciallæger eller andre fagpersoner. Dette bør planlægges lokalt, pga. de lokale forskelle.

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

- Data fra patientbehandlingen og patientservice fra de enkelte klinikker (f.eks. kronikerforløb, medicin, ventetider og patienttilfredshed)

- Data fra patientforløb fra både sygehuse og kommuner (f.eks. indlæggelser, genindlæggelser, genoptræning, hjemmepleje og akutfunktioner)
- Data om ressourceforbrug i sundhedssektoren (f.eks. ydelsesforbrug, indlæggelser, henvisninger, lægevagt og medicin)
- Data fra andre fagområder (f.eks. attester, socialområdet, overførelsesindkomster etc.)

Klyngernes samarbejde med det regionale og lokale sundhedsvæsen
Efterhånden som der er dannet en lang række lokale klyngefællesskaber, der arbejder med udvikling af lægefaglig kvalitet i almen praksis, vil det være både naturligt og fornuftig at skabe lokale kontakter både formelle og uformelle til kvalitetsarbejdet i den øvrige del af sundhedsvæsnet, både regionalt og lokalt. Man kan forestille sig, at dette samarbejde også rækker ind over forskning, undervisning, lokale projekter udover egentlig kvalitetsudvikling. Det vil være naturligt, at der etableres netværk klyngekoordinatorerne imellem både regionalt og nationalt. De kan f.eks. etableres i tilknytning til de regionale kvalitetsenheder med henblik på opkvalificering af klyngekoordinatorerne, videndeling på tværs af klyngerne, drøftelse af fælles indsatser samt understøttende tiltag for klyngerne mv.

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

Økonomi
Til programmet afsættes 19,1 mio. kr. årligt, som finansieres af Fonden for Almen Praksis. Herunder finansieres aftalte opgaver, som varetages af KiAP.

I tillæg til programmets økonomi er der udgifter til klyngernes arbejde samt det regionale kvalitetsarbejde. Hver klynge tildeles et klyngebudget, som tildeles i starten af året på baggrund af antal tilmeldte gruppe 1-patienter hos klinikkerne i klyngen. Som led heri er det klyngekoordinatorens opgave at give meddelelse til regionen om, hvilke klinikker, som indgår i klyngen. Den enkelte klynges årlige budget fastsættes som led i overenskomstaftalen. Klyngernes udgifter udgøres af honorar til klyngekoordinatoren og/eller køb af bistand hertil. Klyngen beslutter selv omfanget af honorering til klyngekoordinator hhv. aflønning for praktisk bistand i klyngen inden for budgettet. Hertil kommer udgifter til mødeafholdelse, mødelokale og forplejning.

Det regionale kvalitetsarbejde omfatter kvalitetsenheder og konsulenter, som understøtter kvalitetsarbejdet i almen praksis, og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Det regionale kvalitetsarbejde finansieres dels via de regionale budgetter, dels via midler afsat i medfør af overenskomsten for almen praksis.

Kvalitetsorganisationen

KiAP's hovedopgaver

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

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

- Understøtte implementering og vedligeholdelse af de digitale forløbsplaner

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

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

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

BILAG 12 HANDLINGSPLAN OM CYBER- OG INFORMATIONSSIKKERHED AF 19-06-2021

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

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

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

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

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

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

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

Vedrørende GDPR

- Vedligeholdelse og færdiggørelse GDPR-aktiviteter, der påhviler privatpraktiserende læger som selvstændige erhvervsdrivende, og som hjælper med at efterkomme krav i persondataloven og højne informationssikkerheden, herunder foretager alle klinikker løbende opdateringer af nødvendige skabeloner og dokumenter, herunder bl.a. årlige risikovurderinger baseret på en fælles skabelon, opdaterer 1-2 gange årligt

relevante databehandleraftaler og privatlivspolitikker, så de løbende holdes ajour med udviklingen på it-området og med de nationale sundheds-it projekter. Derudover gennemføres et årligt tilsyn med relevante databehandlere.

Vedrørende handlingsplanens informationsaktiviteter, klinikrettede

- Udvikling af formidlingselementer, der kan fastholde og skabe awareness om cyber- og information sikkerhed. Leverancerne kan bl.a. være inspireret af Tekniske minimumskrav for statslige myndigheder (2020), PLOs pjece *Informationssikkerhed i din klinik* (2017) og vejledninger om gode råd til it-sikkerhed i klinikken fra 2018.

- Udarbejdelse en "værktøjskasse for cyber- og informationssikkerhed" med forslag til konkrete handlingsanvisninger, to-do-lister, e-learning-moduler, fx med test og eksempelkataloger.

- Afholdelse af kurser på Lægedage for læger og klinikansatte.

BILAG 13 PROTOKOLLAT VEDRØRENDE TILBUD TIL LÆGER, DER ØNSKER AT ETABLERE STØRRE PRAKSIS OG/ELLER UDVIKLE DERES PRAKSIS AF 21-12-2010 RETTET 19-06-2021

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 tilknytte 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 practice” 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.

Nedenfor fremgår de funktioner som regionerne, herunder de regionale kvalitetsorganisationer, er forpligtet til at tilbyde:

I forhold til kvalitet:

- Tilbyde IT- og datarådgivning, herunder konsulentbistand til almen praksis
- Tilbyde lægemiddelrådgivning, dataudtræk og konsulentbistand til almen praksis
- Tilbyde organisations- og ledelsesudvikling til de enkelte klinikker
- Tilbyde bistand til den enkelte klyngekoordinator om facilitering af klyngemøder og mentorhjælp/sparring om klyngearbejdet
- Tilbyde de enkelte klynger at trække data til klyngearbejdet

- Tilbyde regionalt udarbejdede klyngepakker baseret på den fælles skabelon udarbejdet af KiAP.
- Understøtte og tilbyde muligheder for kliniknær forskning med inddragelse af de regionale forskningsenheder (formidle viden om forskningsprojekter mv.)
- Tilbyde praktisk støtte til afdækning af samarbejde mellem klynger, regioner sygehuse, kommuner og den øvrige praksissektor – eksempelvis med kontaktinformation, data, ønsker til projekter etc.
- Følge op på læger udenfor klynger
- Afholdelse af store praksisdage, faglige temamøder mv.

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

- Tilbyde ledelsessparring til enkelt læger og læger i kompagniskabspraksis og lignende
- Tilbyde konsulentstøtte til styrkelse af teamsamarbejde, herunder muligheder for uddelegering af opgaver fra læger til praksispersonale.
- Tilbyde konsulentstøtte i forbindelse med opstart af egen praksis
- Tilbyde konsulentstøtte i forbindelse med generationsskifte
- Tilbyde konsulentstøtte til konflikthåndtering eller lignede akutte behov for støtte.
- Tilbyde videndeling med andre regioner og PLO Efteruddannelse om organisations- og ledelsesstøtte.
- (Ansætte regionale organisations- og ledelseskonsulenter, som har en baggrund som praktiserende læger, eller lignende med et solidt indblik i almen praksis)

I forhold til efteruddannelse

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

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

BILAG 14 PROTOKOLLAT OM IT OG DATA I ALMEN PRAKSIS AF 21-12-2010 (RETTET 19-06-2021)

Lokationsnummer
Opdaterede lokationsnumre er afgørende for at sikre hurtig og korrekt leveret digital kommunikation mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. En samlet oversigt over sundhedsvæsenets lokationsnumre varetages aktuelt i SOR-registeret, der drives af Sundhedsdatastyrelsen. 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 i det samarbejdsforum, hvor parterne indgår sammen med Medcom og praksisleverandører.

Løsninger til effektiv populationsomsorg
Almen praksis kan udøve effektiv populationsomsorg ved fremsøgning af specifikke patienter og patientgrupper, som har gavn af særlige tiltag fra almen praksis. Populationsomsorg kan også løftes som en del af kvalitetsudviklingen i klinikken og i klyngerne, hvor de samme 'data-redskaber' bringes i spil ift. at sætte fælles mål om fx nedbringelse af genindlæggelser og nedbringelse af farlige medicinkombinationer hos udvalgte patientgrupper.

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

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

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

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

Følgende løsninger udvikles og implementeres:

- Platform til populationsfremsøgninger
- Datarapporter til klynger

- Regional og kommunal adgang til platform med aggregerede og anonymiserede populationsrapporter
- Patientcockpit i journalsystemerne

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

Borgernes adgang til egne sundhedsdata
Flere strukturerede data skal udstilles fra almen praksis via den nationale infrastruktur som et supplement til eksisterende data fra almen praksis, som allerede udstilles for borgerne og andre sundhedsprofessionelle på sundhed.dk.

PLO udvikler i overenskomstperioden 2022-2025 en digital løsning i MinLæge-appen, der understøtter en let adgang for borgeren til egen journal.

MinLæge-appen
MinLæge-appen er den primære mobile og fælles indgang til almen praksis. De tilbudte e-ydelser (e-konsultation og tidsbestilling) sidestilles fuldt og helt med klinikkernes egne hjemmesider, hvorfra patienterne også fortsat skal have adgang til disse funktioner.

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

De praktiserende speciallæger inviteres med i løsningen, fordi de benytter de samme systemhuse og fordi udvekslingen af denne type oplysninger er efterspurgt blandt de to ydergrupper.

I forlængelse af ovenstående arbejdes der for, at sygehusenes primære kontakttelefonnumre bliver gjort nemmere tilgængelige for de praktiserende læger i løbet af overenskomstperioden.

BILAG 15 PROTOKOLLAT OM ANVENDELSE AF SUNDHEDSKORT VED ELEKTRONISK REGISTRERING AF PATIENTHENVENDELSE TIL ALMEN LÆGEPRAKSIS RETTET PR. 19-06-2021

1. Alment praktiserende læger installerer aflæsningsudstyr, der kan aflæse sundhedskortets stregkode eller magnetstribe. Dette anvendes som elektronisk registrering ved henvendelse til almen lægepraksis.
2. Sundhedskortet anvendes under patientens besøg hos lægen ved, at kortet føres gennem kortlæseren eller læses med en 2D-scanner. 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.

Pr. 1. juni 2021 blev det muligt for borgerne at anskaffe sig et digitalt sundhedskort som app på mobiltelefonen, som kun kan læses med en 2D scanner. Frem mod at klinikken har anskaffet sig en scanner med mulighed for

læsning af det digitale sundhedskort, benyttes n-markering, hvis borgeren møder op i klinikken uden at have medbragt det fysiske sundhedskort.

BILAG 16 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 17 PROTOKOLLAT OM VANDELSBESTEMMELSE AF 18-10-2016

PLO og RLTN er enige om, at en læge, der virker under overenskomsten, skal vise sig værdig til den agtelse og tillid, som virke under overenskomsten kræver, samt at der er situationer, hvor en dom for et strafbart forhold af særlig alvorlig karakter må anses for at være uforeneligt med overenskomstmæssigt virke, hvilket kan give anledning til at fratage lægen ydernummeret. Der indføres derfor en vandelsbestemmelse i overenskomsten for at sikre muligheden for overenskomstmæssig sanktionering ved strafbare forhold, som anses for at være af væsentlig betydning for lægens virke under overenskomsten.

BILAG 18 PROTOKOLLAT VEDR. FASTE LÆGER PÅ BOSTEDER AF 10-09-2024

Formål

Uligheden i sundhed er markant for socialt udsatte borgere og borgere med handicap og psykiske lidelser, der bor på botilbud. Der blev i seneste forhandlingsaftale aftalt sundhedstjek på botilbud, der skal bidrage til at forebygge og evt. behandle somatiske sygdomme for personer, som opholder sig på botilbud.

Ordningen om fasttilknytning af alment praktiserende læger skal supplere den allerede aftalte indsats med sundhedstjek og yderligere styrke kompetenceudviklingen på bosteder gennem sundhedsfaglig rådgivning til medarbejderne, samt medvirke til at reducere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser blandt en målgruppe, som har en høj forekomst af somatiske problemstillinger og multisygdom.

Dette skal ske gennem både rådgivning, styrket kommunikation og samarbejde mellem botilbudspersonale og læge, så der sikres størst mulig faglig indsigt i relevante problemstillinger og sygdomsbilleder hos målgruppen.

National aftale om faste læger på botilbud

Parterne er enige om at indgå en national aftale vedr. faste læger på botilbud.

Som et vilkår i aftalen påtager regionerne sig udgiften til honorering af praktiserende læger for at stå til rådighed for personalet på botilbud med generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejdsmøder ift. sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter.

Vilkårene i aftalen afspejler den eksisterende aftale om honorering for at være fast læge på plejehjem. Det følger blandt andet heraf, at den fast tilknyttede læge får et fast månedligt honorar, som udgør 2.144,03 kr. (april 2024-niveau) ekskl. moms, svarende til 2 timers rådgivning og/eller undervisning gennemsnitligt pr. måned med en timepris på 1.072,01 kr. Såfremt botilbuddet har over 30 beboere tilknyttet, har lægen 1 times rådgivning og/eller undervisning yderligere og honoreres tilsvarende. Flere læger i et kompagniskab eller en læge med ekstra kapacitet kan være fast tilknyttede læger på større botilbud som opdeles i ét eller flere afsnit/afdelinger á minimum 30 beboere.

Der kan ikke i tillæg til dette protokollat indgås individuelle (konsulent-)kontrakter mellem læge og kommune/botilbud i forhold til varetagelse af rollen som fast tilknyttet læge.

Læger i udbuds- og regionsklinikker kan også varetage funktionen.

Beskrivelse af lægens opgave
Den fast tilknyttede læge yder alene almenmedicinsk lægehjælp til de beboere, der er tilmeldt lægen.

Den praktiserende læge har ansvaret for den almen medicinske lægehjælp for tilmeldte patienter, og kan ikke varetage øvrig speciallægebehandling eller sygehusbehandling. Det er derfor hensigtsmæssigt, hvis den praktiserende læge har let adgang til andre speciallæger, fx i psykiatrien.

Den fast tilknyttede læge yder herudover generel sundhedsfaglig rådgivning, undervisning og/eller samarbejdsmøder i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger af generisk karakter til personalet på botilbud, hvor lægen er tilknyttet. Lægen bidrager med sin viden og kliniske erfaring. Emner der tages op som rådgivning og/eller undervisning, samarbejdsmøder m.v. kan være efter ønske fra personale, såvel som på lægens initiativ. Emnerne kan være symptom- og/eller sygdomsspecifikke (fx KOL, hjerte-karsygdomme, infektioner, fx UVI'er, dehydrering eller obstipation) og kan være generelle (fx medicinhåndtering, kost, mobilitet), ligesom der i forlængelse af emnerne kan drøftes det konkrete samarbejde. Fælles for temaerne er, at de ikke vedrører konkret behandling af en beboer på botilbuddet men er generelle problemstillinger.

Opgaven med sundhedsfaglig rådgivning og/eller undervisning omfatter ikke de situationer, hvor plejepersonalet medvirker under et sygebesøg hos en beboer, og som en del af sygebesøget får instruktion/information om sygdom og behandling.

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

Behandlingen sker i henhold til Overenskomst om almen praksis.

Parterne er enige om, at brugen af sygebesøg skal ske efter forudgående orientering/aftale ift. hvilke patienter den fast tilknyttede botilbudslæge skal tilse den pågældende dag - og gerne 24 timer inden - den fast tilknyttede botilbudslæge kommer på botilbuddet.

Overenskomstens parter er i forbindelse med denne aftale enige om at præcisere overenskomstens nuværende § 68 stk. 3 som følger: "Plejehjemsboliger og boliger på andre institutioner for ældre samt bosteder, omfattet af ordningen med fast læge på bosted, er altid at betragte som egen bolig og derfor ikke omfattet af stk. 2.". Således afregnes sygebesøg på botilbud på tilsvarende vis som på plejehjem efter ydelseskode 0491" Sygebesøg på ruten.

Kontakt og samarbejde mellem botilbud og den fast tilknyttede læge

Den fast tilknyttede læge skal have én blandt plejepersonalet som sin primære kontaktperson på botilbuddet. Kontaktpersonen er så vidt det er muligt en sundhedsfaglig medarbejder eller medarbejder med ansvar for koordinering af beboernes kontakt med lægen, fx en leder af botilbuddet. Kontaktpersonen og den fast tilknyttede læge aftaler, hvordan samarbejdet mellem læge og botilbuddet sker, når det gælder imødekommelse af konkrete beboeres behov for behandling, ligesom de sikrer tilrettelæggelsen af rådgivning og/eller undervisning, herunder emner.

Implementering i overenskomstperioden:

KL har opgjort antallet af botilbud til godt 2.600 per maj 2024 jf. nedenstående tabel. Det omfatter kommunale, regionale og private (selvejende kommercielle og ikke-kommercielle) botilbud.

Antal botilbud opgjort efter tilhørende paragraf	
SEL § 108	• 36 tilbud med mere end 30 pladser og 435 tilbud med 30 pladser eller færre • Total antal pladser 5.694 • Herudover Kofoedsminde, som er en sikret institution med 91 pladser
ABL § 105 (inkl. hjælp efter SEL §85)	• 157 tilbud med mere end 30 pladser og 508 tilbud med 30 pladser eller færre • Total antal pladser 15.418
SEL § 107 (en andel af disse ophold vil have permanent karakter)	• 35 tilbud med mere end 30 pladser og 880 tilbud med 30 pladser eller færre • Total antal pladser 8.230
Barnets Lov § 43, stk. 1, nr. 6 og stk. 3 (Børne- og ungehjem som **døgninstitution**)	• 21 tilbud med mere end 30 pladser og 164 tilbud med 30 pladser eller færre. • Total antal pladser 2.860
Barnets Lov § 43, stk. 1, nr. 6, og stk. 3 (Børne- og ungehjem som **opholdssted**)	• 16 tilbud med mere end 30 pladser og 388 tilbud med 30 pladser eller færre. • Total antal pladser 4.010

Parterne er enige om, at implementeringen indledningsvist fokuserer på botilbud etableret efter servicelovens § 108 og almenboliglovens § 105 med hjælp efter servicelovens § 85, før videre udbredelse af ordningen til målgruppen på øvrige botilbud.

Der er 1.135 botilbud efter servicelovens § 108 og almenboliglovens § 105, hvor 193 botilbud har mere end 30 pladser. Hvert botilbud har gennemsnitligt 19 pladser tilknyttet i henhold til ovenstående opgørelse.
Parterne er enige om en gensidig forpligtigelse på at implementere ordningen bredest muligt og vil aktivt arbejde for at udbrede ordning om fast tilknyttede læger. Den første målsætning for udbredelse af ordningen estimeres til minimum 250 botilbud (bredt geografisk), så alle kommuner med botilbud i målgruppen, får minimum én fast læge tilknyttet. Samtidig er parterne enige om efter 2025 at følge op på ordningen med henblik på eventuelle tilpasninger, herunder at aftale konkrete måltal for yderligere implementering. Målsætningen for ordningen på sigt er, at alle botilbud omfattes af ordningen.

Der afsættes i Aftale 25 i alt 6,3 millioner kroner til honorering af rådgivning og undervisning, som svarer til, at 250 botilbud får tilknyttet en fast læge. Udgifterne skal følge dækningsgraden. Ligger udgiftsniveauet højere, indikerer det en forkert dimensionering ift. antal beboere pr. læge, som parterne skal følge op på lokalt. Midlerne ligger uden for økonomirammen. Udgifterne til almen medicinske ydelser til beboerne er indeholdt i rammen, og skal anvendes i henhold til overenskomstens almindelige bestemmelser. Der afsættes 4,8 mio. kr. til forventet øget aktivitet.

Governance for indfasning af faste læger på botilbud
Der nedsættes en følgegruppe i hver region bestående af repræsentanter for KKR/ De fælleskommunale sekretariater, regional-PLO og repræsentanter for regionen til at arbejde med og understøtte implementering af ordningen. Det kan fx være i tilknytning til praksisplansekretariaterne.
De regionale tværsektorielle følgegrupper skal i fjerde kvartal 2025 lave en opfølgning på implementeringen (herunder dækningsgraden), som afrapporteres i de regionale følgegrupper og til de centrale parter.
Sundhedssamarbejdsudvalgene og underliggende tværsektorielle fora orienteres løbende om status på implementering af ordningen med henblik på at sikre løbende opmærksomhed og forpligtelse på at nå målsætningerne for ordningen. Foruden det regionale niveau, er det relevant, at kommunen og PLO-lægerne i kommunen samarbejder om at få ordningen implementeret, fx i regi af Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU).
Parterne forpligter sig til aktivt at arbejde for at få ordningen udbredt. PLO har en særlig forpligtelse til at arbejde for rekruttering af botilbudslæger.

Opfølgning på implementering:
Kommunerne forpligter sig på at levere data og oversigter over kommunale botilbud. Regionerne forpligter sig på at levere data og oversigter for så vidt

angår de regionale botilbud. Derudover forpligter kommunerne sig på at følge op på implementeringsgraden på de kommunale tilbud henholdsvis halvvejs og ved udgangen af aftaleperioden. Tilsvarende forpligter regionerne sig på at følge op på implementeringen på de regionale tilbud. Det tilstræbes i overenskomstperioden, at parterne indgår i samarbejde med Selveje Danmark og Landsorganisationen for sociale tilbud (LOS) om understøttelse af og opfølgning på implementeringen på private og selvejende botilbud for målgruppen.

Borgernes valg af den faste læge tilknyttet botilbuddet
Med aftalen får beboerne på botilbud mulighed for at blive tilmeldt en alment praktiserende læge, som er fast tilknyttet botilbuddet. Det følger ligeledes af bekendtgørelsen om valg af læge § 3 nr. 6. Det er frivilligt for beboerne, om de vælger den fast tilknyttede læge, eller om de vælger at beholde deres hidtidige praktiserende læge.
Det skal bemærkes, at skift af læge til den faste læge på botilbud aktuelt er gebyrbelagt. Det kan være en barriere for målgruppen at skifte læge, hvis der påhviler dem en økonomisk byrde. Parterne bør arbejde for, at lægeskiftet er gebyrundtaget.

BILAG 19 PROTOKOLLAT OM FAST TILKNYTTET LÆGE PÅ PLEJEHJEM AF 19-06-2021

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

Mål

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

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

Den fasttilknyttede læges opgavefelt

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

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

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

Beskrivelse af lægens opgave
Den fast tilknyttede læge yder almenmedicinsk lægehjælp til de beboere, der er tilmeldt lægen. Behandlingen sker i henhold til Overenskomst om almen praksis.

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

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

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

Den fast tilknyttede læge forpligter sig til at stå til rådighed for rådgivning og/eller undervisning af plejepersonalet i 2 eller 3 timer afhængigt af antal tilknyttede beboere, inkl. evt. transporttid pr. måned i gennemsnit. Den konkrete tilrettelæggelse af timer til rådgivning og/eller undervisning aftales

mellem den fast tilknyttede læge og kontaktpersonen. Timerne vil kunne placeres i forbindelse med et sygebesøg i hvilken forbindelse transporten så er honoreret. Timerne bør placeres jævnt hen over året, og under hensyntagen til eventuelle ferieperioder for både læge og det faste plejepersonale på plejehjemmet. Af samme grund kan der hensigtsmæssigt laves en fast eller længere plan for rådgivning og/eller undervisning.

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

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

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

Honorering
Den fast tilknyttede læge får et fast månedligt honorar, som udgør 2.144,02 kr., svarende til 2 timers rådgivning og/eller undervisning gennemsnitligt pr. måned med en timepris på 1.072,01 kr.[8]. Har lægen 1 times rådgivning og/eller undervisning mere, honoreres tilsvarende.

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

[8] Jævnfør tidligere nationale aftale om fast tilknyttet læge på plejehjem.

BILAG 20 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. Boden kan tilfalde den læge, som må tage en ekstra vagt med kort varsel. Vagtchefen kan ved mindre overtrædelser af vagtinstruksen skriftligt tildele 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. Boden 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 effektuering af sanktionen.

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

BILAG 21 VEJLEDENDE FORRETNINGSORDEN FOR SAMARBEJDSUDVALG AF 24-01-2006 RETTET 19-06-2021

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.

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 PLO-regionalt.

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 Landssamarbejdsudvalget.
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 dagsorden 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.

ØVRIGE AFTALER

Alle beløb i rammeaftaler er angivet i 01-10-2021-niveau medmindre andet er anført. Beløbene reguleres som anført i § 83 i overenskomst om almen praksis.

RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF TILLÆGSYDELSER EFTER BESLUTNING I REGIONERNE

§ 1 BAGGRUND

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 trufne beslutning.

Stk. 3.
Landssamarbejdsudvalget orienteres om de i henhold til stk. 1 trufne beslutninger og de i medfør af stk. 2 indgåede aftaler.

§ 2 TILLÆGSYDELSER

Følgende tillægsydelse kan udløses efter beslutning herom i regionen:

2601	Blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering pr. forsendelse (skal blodprøven sendes flere steder hen, er ydelsen pr. forsendelse)	111,46 kr.

§ 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 seks 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 seks måneders varsel.

RAMMEAFTALE OM IVÆRKSÆTTELSE AF LABORATORIEUNDERSØGELSER M.M. EFTER BESLUTNING I REGIONERNE

§ 1 BAGGRUND

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 trufne beslutning.

Stk. 3.
Landssamarbejdsudvalget orienteres om de i henhold til stk. 1 trufne beslutninger og de i medfør af stk. 2 indgåede aftaler.

§ 2 LABORATORIEUNDERSØGELSE

Følgende laboratorieundersøgelser kan udløses efter beslutning herom i regionen:

Ydelsesnummer	Undersøgelse	Takst (kr.)
7402	Allergiudredning i forbindelse med priktest	273,39
7403	HbA1c-undersøgelse	136,67

§ 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.

AFTALE OM PROGRAM FOR DIABETES TYPE 2 OG KOL I ALMEN PRAKSIS AF 14-09-2017 (RETTET PR. 19-06-2021)

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

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

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

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

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

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

2) Formål med programmet

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

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

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

3) Forudsætninger for programmet

PLO er ansvarlige for at systemhusene leverer de aftalte data til understøttelse af dette program. Det gælder både for data, som skal leveres til kvalitetsklyngerne, og for data, som skal bruges til validering af udbetaling af kronikerhonorar, jf. forhandlingsaftalen af 14. september 2017 afsnit 19 om 'Milepælsplan for adgang til data' og bilag A om 'Vilkår for overgang til kronikerhonorar og regional opfølgning'.

Den sygdomsspecifikke populationsydelse, som er en del af programmet, er fast og gælder for patienten, hvad enten henvendelsen er relateret til den kroniske sygdom eller ej.

4) Beskrivelse af indhold i Program for type 2 diabetes

Ydelse/opgave	Populationsansvar for patienter diagnosticeret med diabetes type 2
Målgruppe/indikation	Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med type 2 diabetes på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet: • Indlagte patienter med diabetes type 2 • Gravide med diabetes type 2 • Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati (proliferativ og maculopati) • Patienter med tendens til hypoglykæmi Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med diabetes type 2, Sundhedsstyrelsen 2016. Diagnosen er stillet ved måling af Hba1c, hvor en værdi ≥ 48 mmol/mol (6,5%) er den diagnostiske grænse for diabetes type 2.
Henvisningsmuligheder for patienter med diabetes type 2	For at en praktiserende læge kan henvise en patient med type 2 diabetes (bortset fra de fire nævnte grupper) til hospital *som følge af deres diabetesdiagnose,* skal den praktiserende læge have haft en dialog med relevant hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den rette specialistopbakning. Her kan fx være tale om patienter med nyopstået eller forværring af multiple komplikationer eller med komobiditet. *Øvrige henvisninger:*

	For patienter med type 2 diabetes og med behov for øvrig specialistbehandling, som ikke skyldes deres diabetesdiagnose, gælder eksisterende henvisningsaftaler. Her er almen praksis fortsat behandlingsansvarlige læge i forhold til behandling af diabetes. *Akutte henvisninger:* Uanset henvisningsårsag kan den praktiserende læge henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospitalet.
Indhold i ydelsen	Behandling og opfølgning af patienter med type 2 diabetes følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer. På baggrund heraf tilrettelægger den praktiserende læge et individuelt behandlingsforløb for patienten. For de patienter, som har en forløbsplan, jf. aftaletekst om forløbsplaner, så udfylder, anvender og vedligeholder den praktiserende læge i samarbejde med patienten en individuel forløbsplan. Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne, så de sikres overblik og viden om forløbet og behandlingen, samt gives det bedste grundlag for egenomsorg i behandlingen.
Afgrænsning til øvrige overenskomst-bestemte ydelser	For en patient diagnosticeret med type 2 diabetes er følgende ydelser inkluderet i honoraret uanset om henvendelsen vedrører diabetesdiagnosen: årskontrol, konsultation, telefonkonsultation og e-mailkonsultation.
Honorar	Fast honorar der udgør 2.432,88kr. pr. patient med diabetes type 2, der er tilmeldt praksis pr. d. 1. i et kvartals anden måned. Det er en forudsætning for honorarudbetaling, at patienten er registreret på diagnose i den kliniske kvalitetsdatabase.
Apparatur	Ikke behov for yderligere investering i apparatur.
Uddannelsesbehov	Det er lægens eget ansvar at vurdere, om praksis har den rette organisation og kompetencer til at kunne varetage behandlingen af den samlede diabetespopulation i praksis, herunder alternativt overveje og tage ansvar for, at praksis klargøres til at overtage opgaven i overensstemmelse med den regionale implementeringsplan for indførelse af diabetes type 2 programmet.
Klinikpersonale	Det kan være hensigtsmæssigt at anvende diabetessygeplejersker og/eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning.
Kvalitetssikring	Regionen monitorerer på centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer. Det er et krav, at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til diabetes type 2 patienter.
Patient-information	Hospitalsbehandling skal betragtes som undtagelsen i behandlingen af patienter med diabetes type 2. I de tilfælde, hvor det bliver nødvendigt at henvise til ambulant behandling, skal patienten allerede ved

	henvisningstidspunktet forberedes på, at behandlingen skal overgå til almen praksis igen, når der ikke længere er behov for hospitalsbehandling. Ligeledes skal hospitalet informere patienten om, når den praktiserende læge overtager behandlingsansvaret.

5) Beskrivelse af indhold i program for KOL

Ydelse/opgave	Populationsansvar for patienter diagnosticeret med KOL
Målgruppe/indikation	Almen praksis har behandlingsansvar for alle tilmeldte patienter med diagnosticeret KOL på nær nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet: • Patienter i GOLD gruppe D, som har hyppige eksacerbationer (2 eller flere om året). • Patienter, hvor KOL er kompliceret som følge af svære udvidelser på bronchiegrenene (bronkieektasier). • Patienter med meget svært nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 pct. af forventet), specielt hvis de er potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenredicerende te-rapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension. • Patienter hvor man overvejer eller har iværksat behandling med noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet. Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, Sundhedsstyrelsen 2015. For patienter i langtids-hjemmeiltbehandling gælder det, at hospitalet er ansvarlige for iltbehandlingen, mens almen praksis er ansvarlige for den øvrige del af KOL-behandlingen. Diagnosen er stillet på baggrund af ryge- og erhvervsanamnese, symptomer samt spirometrifund. Ved spirometri måles FEV1 og FVC (eller VC), og herefter foretages en beregning af FEV1/FVC % samt af FEV1 i % af forventet værdi. KOL-diagnosen forudsætter, at man påviser FEV1/FVC <70 % efter bronkodilatation.
Henvisningsmuligheder for patienter med KOL	For at en praktiserende læge kan henvise en patient med KOL (bortset fra de nævnte grupper) til hospital *som følge af deres KOL-diagnose* skal den praktiserende læge have haft en dialog med relevant hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den rette specialistopbakning. Her kan fx være tale om patienter med svære exacerbationer eller forværring af multiple komplikationer eller med komobiditet.

	Øvrige henvisninger: For patienter med KOL og med behov for øvrig specialistbehandling, som ikke skyldes deres KOL-diagnose, gælder eksisterende henvisningsaftaler. Her er almen praksis fortsat behandlingsansvarlige læge i forhold til behandling af KOL. *Akutte henvisninger:* Uanset henvisningsårsag kan den praktiserende læge henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospitalet.
Indhold i ydelsen	Behandling og opfølgning af patienter med KOL følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer. På baggrund heraf tilrettelægger den praktiserende læge et individuelt behandlingsforløb for patienten. For de patienter, som har en forløbsplan, jf. aftaletekst om forløbsplaner, så opretter, udfylder og anvender den praktiserende læge i samarbejde med patienten en individuel forløbsplan. Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne, så de sikres overblik og viden om forløbet og behandlingen, samt gives det bedste grundlag for egenomsorg i behandlingen.
Afgrænsning til øvrige overenskomst-bestemte ydelser	For en patient diagnosticeret med KOL er følgende ydelser inkluderet i honoraret uanset om henvendelsen vedrører KOL-diagnosen: årskontrol, konsultation, telefonkonsultation og emailkonsultation.
Honorar	Fast honorar der udgør **2.178,24 kr.** pr. patient med KOL, der er tilmeldt praksis pr. d. 1. i et kvartals anden måned. Det er en forudsætning for honorarudbetaling, at patienten er registreret på diagnose i den kliniske kvalitetsdatabase.
Apparatur	Ikke behov for yderligere investering i apparatur.
Uddannelses-behov	Det er lægens eget ansvar at vurdere, om praksis har den rette organisation og kompetencer til at kunne varetage behandlingen af den samlede KOL-population i praksis, herunder alternativt overveje og tage ansvar for, at praksis klargøres til at overtage opgaven i overensstemmelse med implementeringsplanen for KOL-programmet.
Klinikpersonale	Det kan være hensigtsmæssigt at anvende KOL-sygeplejersker og/eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning
Kvalitetssikring	Regionen monitorerer på centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer. Det er et krav, at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerligt at styrke fokus på kvaliteten af behandlingen til patienter med KOL.
Patientinformation	I de tilfælde, hvor det bliver nødvendigt at henvise til ambulant behandling, skal patienten allerede ved henvisningstidspunktet forberedes på, at behandlingen skal overgå til almen praksis igen, når der ikke længere er

	behov for hospitalsbehandling. Ligeledes skal hospitalet informere patienten om, når den praktiserende læge overtager behandlingsansvaret.

6) Økonomi og honorering

a. Opgavens omfang, udvikling i antallet af patienter og honorartakst
Det er forventningen, at ved udgangen af 2021 er den ambulante behandling af type 2 diabetikere og KOL-patienter flyttet til almen praksis, således at den implementeringsindsats, som var beskrevet og forudsat ved indgåelse af OK17er afsluttet.

Honorartaksten for de tre sygdomsgrupper er baseret på, at almen praksis varetager den nuværende population, som allerede går i almen praksis, samt de patienter som er udflyttet fra ambulatorierne

Honorartaksten afspejler desuden, at opgaven også påvirkes af øvrige indsatsområder, såsom øget vækst i antal KOL-patienter som følge af fokus på tidlig opsporing.

Kronikerhonoraret for patienter diagnosticeret med både KOL og diabetes type 2 afspejler også den synergi i behandlingen som lægen oplever vedet styrket populationsansvar for patienten.

Honorartakst

Kronikerhonorar for diabetes type 2:	2.178,24 kr.
Kronikerhonorar for KOL:	2.432,88kr.
Kronikerhonorar for diabetes type 2 og KOL:	3.060,72 kr.

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

Honoraret udløses så længe, at almen praksis er behandlingsansvarlig for den kroniske sygdom ved patienten.

7) Sikring af relevant faglig behandling og understøttelse

a. Faglig understøttelse/beslutningsstøtte til almen praksis

Hver region tilpasser løbende relevante forløbsprogrammer på baggrund af nærværende Kronikerprogram og på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for mennesker med tværsektorielle forløb.

For at understøtte den praktiserende læge i at kunne tage behandlingsansvaret for sin kronikerpopulation skal almen praksis have øget adgang til specialistrådgivning i forhold til behandling af de mere komplicerede patienter. I udgangspunktet skal understøttelsesfunktioner, kvalitetsudviklingsfunktioner, dataunderstøttelse, rådgivningsmuligheder og rammer for patientoverdragelse tilrettelægges af den enkelte region. Regionerne kan bl.a. benytte følgende muligheder:

- Etablering af rådgivende telefonvagtordning på diabetescentrene/lungeambulatorierne, således at almen praksis kan modtage højt specialiseret rådgivning vedrørende patienter, der behandles og kontrolleres i almen praksis

- Casegennemgang på fælles konferencer mellem praktiserende læger og specialister fra relevante hospitalsafdelinger

- Etablering af uddannelsestilbud til almen praksis inkl. praksispersonale varetaget af speciallæger- og sygeplejersker i diabetes og KOL i regi af Systematisk Efteruddannelse

- Etablering af tværfaglige møder hvor personale fra hospitalet kommer ud til almen praksis. Her kan der blandt andet diskuteres monitorering, kvalitet, komplekse patienter, mv.

- Levering af data fra regionerne om almen praksis' KOL- og diabetespopulation med henblik på at understøtte almen praksis i arbejdet med kvalitetsudvikling og proaktive indsatser

- Konsulentunderstøttelse via de regionale kvalitetsorganisationer, f.eks. om metoder til at arbejde med kvalitetsdata.

b. Sikring af relevant faglig behandling

Regionen (administrationen, kvalitetsfunktioner, hospitalet mv.) kan invitere den praktiserende læge til dialog om henvisningsmønstre, medicinudskrivelse mv. med betydning for sektorovergange og/eller behandlingsansvar i henhold til overholdelse af nærværende aftale. Regionen kan evt. rejse sag i Samarbejdsudvalget om samme emner.

8) Kvalitet

Alle praktiserende læger skal arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling. I forhold til dette program skal alle praktiserende læger bl.a. arbejde med også centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer for KOL og diabetes type 2

9) Opfølgning og kontrol
En udvidet opgavevaretagelse i forhold til KOL- og diabetespatienter med en forbundet merøkonomi forudsætter en omlægning af kapacitet på hospitalerne. Dette medfører et styrket behov for at sikre, at patientbehandling løftes i henhold til aftalen.

Kontrol med afregning
Regionen vil bl.a. løbende følge op på, om alle diagnosticerede patienter inden for de omfattede sygdomsgrupper er registreret på kronikerhonoraret. Det er i strid med overenskomsten ikke at registrere patienter diagnosticeret med en eller begge af de to sygdomme på kronikerhonoraret.

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

- Konsultation
- Videokonsultation
- Årskontrol
- Telefonkonsultation
- Aftalt telefonkonsultation
- Email-konsultation

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

Overenskomstydelser som kan afregnes i kombination med kronikerhonoraret
- Lægefaglig vurdering af patienter tilknyttet kommunal akutfunktion/akutteam
- Sundhedstjek til borgere på botilbud
- Videokonference
- Samtaleterapi
- Sygebesøg
- Tillægsydelser
- Laboratorieydelser
- Profylakseydelser
- Psykometriske tests

- Opsøgende hjemmebesøg
- Diverse lokalaftaler

Disse ydelser kan afregnes sammen med kronikerhonoraret.

Honorarudbetaling
Efter den 1. april 2018, jf. milepælsplanen, leverer systemhusene hvert kvartal en liste på ydernummerniveau over ICPC-koderne for KOL og diabetes type 2 (ikke på CPR-niveau) til brug for kontrol med udbetaling af kronikerhonorar. Der skal være overensstemmelse mellem *antallet* af diagnosticerede patienter med ICPC-kode og *antallet* af kronikerhonorarer på tidspunktet for udbetaling af kronikerhonorar.

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

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

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

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

- Henvisninger til øvrige af praksissektorens behandlere
- Henvisningsmønstre til relevante kommunale forebyggelsestilbud

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

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

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

Overholdelse af aftalen

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

.

AFTALE OM HONORERING FOR VEJLEDNING AF IKKE-TILMELDTE PATIENTER OM ANVENDELSE AF SVANGERSKABSFOREBYGGENDE METODER (RETTET 19-06-2021)

§ 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 **personer uanset sikringsgruppe** 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 familielægen 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 HONORARER
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. 313,61
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. 425,00
8293	Fortsat kontrol af benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder, herunder benyttelse af p-piller eller spiral, samt eventuel behandling af mindre bivirkninger	kr. 257,89
8294	Telefonkonsultation	kr. 67,69

§ 4 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 honorarer erlægges til lægen på hans egen giro- eller pengeinstitutkonto. Transport i lægens tilgodehavende kan ikke finde sted.

§ 5 BEHANDLING AF KLAGE SAMT 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, pålæg af sanktioner samt spørgsmål om fortolkning af aftalen.

NOTE TIL § 5:

1) *Samarbejdsudvalgenes og Landssamarbejdsudvalgets beføjelser inden for denne aftales område omfatter ydelser til alle personer uanset sikringsgruppe.*

2) *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 § 5 nævnte opgaver inden for denne aftales område.*

§ 6 OPSIGELSE

Aftalen kan af begge parter opsiges med mindst 3 måneders varsel til ophør den 1. i en måned.

§ 7 AFTALEDATO OG ÆNDRINGER

Denne aftale, der er indgået d. 19-10-1998, er i 2014 konsekvensrettet og i 2021 tilrettet.

AFTALE OM DOSISPAKKET MEDICIN TIL RELEVANTE PATIENTER, DOG SÆRLIGT PATIENTER MED HJÆLP FRA HJEMMEPLEJEN AF 14. MARTS 2023

Aftale mellem PLO og RLTN om dosispakket medicin til relevante patienter, dog særligt patienter med hjælp fra hjemmeplejen

§ 1 Baggrund og formål

Formålet med denne aftale er at bidrage til udbredelsen af dosispakket medicin. Dermed bidrager almen praksis til at frigøre medarbejderressourcer i kommunerne ved at iværksætte dosisdispensering for særligt patienter, som modtager hjælp fra den kommunale hjemmepleje, samt evt. andre patienter, således at disses behov for kommunal hjemmepleje kan udskydes.

§ 2 Ydelsens målgruppe

Aftalen vedrører gruppe 1-sikrede patienter.

Det er udgangspunktet, at det er den læge, som patienten er tilmeldt, som iværksætter og vedligeholder forhold i relation til dosisdispensering. Dog kan andre end patientens egen læge opstarte dosispakning og lave ændringer.

Midlertidige og akutte medicinske behandlinger bør som udgangspunkt ikke dosispakkes.

Vurdering af om patienter er egnede til dosisdispensering skal følge de til enhver tid gældende faglige retningslinjer. Følgende kriterier er vejledende:

Patienter, som modtager hjælp til medicin dispensering fra den kommunale sygepleje, hjemmepleje, plejehjem, botilbud o.lign.
Patienter, som ikke modtager kommunal hjælp til medicindispensering, men som pga. compliance og patientsikkerhed kan have gavn af dosispakning, og derved kan udskyde behovet for hjælp fra sygeplejen eller hjemmeplejen.
Patienter, som er i et stabilt behandlingsforløb uden forventning om nært forestående ændringer i medicinen. Det er ikke en forudsætning, at en borgers medicin har været stabil seneste f.eks. 3-6 måneder. Den fremadrettede forventning om nært forestående ændringer/status quo er afgørende for vurderingen.

Patienter, som typisk er i behandling med mindst 3-4 lægemidler, som er egnet til dosispakning, dvs. tabletter/kapsler til indtagelse gennem munden. Behandling med lægemidler, som ikke kan dosispakkes, fx væsker og stikpiller, skal inddrages i vurderingen i forhold til omfanget/antallet heraf. Sidedosering udelukker ikke dosispakning. F.eks. hvis patienten har 6 stabile lægemidler og et lægemiddel, hvor doseringen løbende justeres.

Ovenstående kriterier er – med omvendt fortegn, også de forhold som lægen skal iagttage for vurdering af, om dosispakning af patientens medicin skal ophøre.

I forhold til patienter, som indlægges på sygehus (i kortere tid) eller modtager behandling i ambulatorier m.v., er parterne enige om, at det er væsentligt at henlede sygehusenes opmærksomhed på, at det kan få konsekvenser for patienten og det øvrige sundhedsvæsen, såfremt dosispakningen ikke videreføres eller opdateres med relevant medicin. Danske Regioner vil på relevant vis henlede opmærksomheden herpå.

§ 3 Ydelsesbeskrivelse
Lægen vurderer patientens medicinstatus, herunder om patienten er i stabil medicinsk behandling, og hvorvidt borgeren kan have gavn af at få ordineret dosisdispenseret medicin. Såfremt lægen ordinerer dosisdispenseret medicin til patienten, sender lægen en korrespondance til kommunen. Lægen udfører samtidig en medicinafstemning.

Borgeren skal informeres om ordningen, herunder egenbetalingen for dosisdispensering, enten af kommunen eller lægen afhængig af, hvem der iværksætter dosispakning til patienten.

§ 4 Honorering og forholdet til Overenskomst om almen praksis
Opstart af dosispakket medicin honoreres med 450 kr. (okt. 21 pl) og registreres med ydelseskode 4500. I ydelsen er indeholdt efterfølgende ændringer i den dosispakkede medicin. Patienten kan kun tages af dosispakket medicin, hvis der er faglige grunde herfor, jf. § 2. Hvis dosispakket medicin bliver seponeret, og der på ny måtte være indikation for at dosispakke patientens medicin, jf. § 2, kan ydelsen anvendes igen.

Ydelsen kan både afregnes alene og sammen med øvrige ydelser i overenskomst om almen praksis.

Ydelsen reguleres som angivet i § 82 i overenskomst om almen praksis (2022). Tilsvarende finder § 85 i overenskomsten anvendelse for afregning. Ydelsen indgår ikke i den økonomiske ramme for almen praksis, jf. bilag 5

i Overenskomst for almen praksis (2022), ligesom de ikke indgår i opgørelsen i henhold til § 93 i overenskomsten. Endelig finder bestemmelserne i overenskomst om almen praksis vedrørende samarbejdsudvalgenes og landssamarbejdsudvalgets beføjelser tilsvarende anvendelse for denne aftale.

Parterne er enige om, at formålet med nærværende aftale tages op som en del af forhandlingerne om fornyelse af overenskomst om almen praksis, både i relation til drøftelser om en ændret honorarstruktur og drøftelser om tværsektorielt samarbejde, med henblik på at forpligte alle praktiserende læger, med det formål at få de størst mulige samfundsmæssige gevinster ved dosispakket medicin.

Ved ændrede regler for dosispakning er parterne enige om at drøfte aftalen igen, fx ændrede faglige retningslinjer eller ændret lovgivning som vedrører processer om opstart af dosispakket medicin.

§ 5 Ikrafttrædelse og opsigelse
Aftalen træder i kraft d.d., men er gældende med virkning fra 1. marts 2023.

Aftalen kan opsiges med tre måneders varsel.

København den 14. marts 2023

For Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Heino Knudsen
Formand

For Praktiserende Lægers Organisation

Jørgen Skadborg
Formand

PROFYLAKSEAFTALEN

AFTALE VEDRØRENDE PROFYLAKTISKE HELBREDSUNDERSØGELSER AF GRAVIDE OG BØRN SAMT VACCINATIONER

*Alle beløb i Profylakseaftalen er angivet i **01-10-2021-niveau.***

Aftalen er udformet på grundlag af lovgivningen, herunder bekendtgørelser og vejledninger samt Sundhedsstyrelsens retningslinjer og Statens Serum Instituts anbefalinger og fastlægger honorering m.v. af alment praktiserende læger dels for udførelse af de vederlagsfrie forebyggende helbredsundersøgelser af gravide, som led i svangreomsorg, forebyggende helbredsundersøgelser af børn og unge og vaccinationer af børn, og af visse voksne.

Endelig omfatter aftalen også honorering af praktiserende læger, der i forlængelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg efter kommunal eller regional anmodning deltager i lokale tværfaglige teams og/eller i regionale fødeplanudvalg.

KAPITEL I. SVANGREOMSORG

§ 1 FORMÅL

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 FAGLIGE RETNINGSLINJER

Ved fastsættelse af ydelser og honorarer er det forudsat, at ydelserne udføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinjer, jf. § 1.

§ 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 graviditetsuger) 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.	kr. 534,31
8120	2. lægeundersøgelse (ca. 25 graviditetsuger) 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.	kr. 192,61
8130	3. lægeundersøgelse (ca. 35 graviditetsuger) Ydelsen inkluderer urinundersøgelse for albuminuri og glucosuri (stix).	kr. 192,61
8140	4. lægeundersøgelse (ca. 8 uger efter fødslen)	kr. 232,39

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 UD OVER DE I § 3 INKLUDEREDE

Honorar for tillægsydelser til helbredsundersøgelser af gravide ydes kun i det omfang, disse ydelser ikke er inkluderet i honoraret for de i § 3 angivne undersøgelser.

8151	Blodprøvetagning fra blodåre til særlige prøver – herunder til brug for fosterdiagnostik - til undersøgelse på Statens Serum Institut eller sygehuslaboratorium. Såfremt de i Sundhedsstyrelsens retningslinjer anbefalede serodiagnostiske undersøgelser skal udføres ved indsendelse af blodprøver til såvel Statens Serum Institut som sygehuslaboratorium, er lægen i forbindelse med 1. lægeundersøgelse berettiget til ét honorar for tillægsydelse 8151, og ved 2. og 3. lægeundersøgelse til honorar for tillægsydelse 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 tillægsydelse 8151.	Kr. 55,71
8152	Forsendelse af biologisk materiale, ekskl. blodprøver	Kr. 39,82

§ 5 LABORATORIEUNDERSØGELSER UD OVER DE I § 3 INKLUDEREDE

Laboratorieundersøgelser og udtagning af prøver honoreres, når de bedømmes af lægen selv.

Honorar for laboratorieundersøgelser ydes kun i det omfang, disse ydelser ikke er inkluderet i honoraret for de i § 3 angivne undersøgelser.

Nr.	**Undersøgelse**	**Takst (kr.)**
8153	B-glukose	60,75
8164	B-hæmoglobin	60,75
8155	Urinundersøgelse ved stix	15,18

Mikroskopi af biologisk materiale:

8165	Fasekontrastmikroskopi af urin	kr. 60,75
8168	Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, ekskl. urin	kr. 75,93

Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium:

8159.	Bakterier	kr. 45,56

§ 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 honorar i henhold til § 95 stk. 2, b) og c) i Overenskomst om Almen Praksis.

NOTE til § 6
I det tilfælde at der ikke er en Overenskomst om Almen Praksis benyttes honorering svarende til den senest gældende overenskomsts § 95 stk. 2, b) og c).

KAPITEL II. BØRNEUNDERSØGELSER OG BØRNEVACCINATIONER

§ 7 BØRNEUNDERSØGELSER

8211	1. børneundersøgelse, når barnet er 5 uger	kr. 232,57
8212	2. børneundersøgelse, når barnet er 5 måneder	kr. 232,57
8213	3. børneundersøgelse, når barnet er 12 måneder	kr. 232,57
8214	4. børneundersøgelse, når barnet er 2 år	kr. 232,57
8215	5. børneundersøgelse, når barnet er 3 år	kr. 232,57
8216	6. børneundersøgelse, når barnet er 4 år	kr. 232,57
8217	7. børneundersøgelse, når barnet er 5 år	kr. 232,57

NOTE til § 7
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.

§ 8 VACCINATIONER TIL BØRN OG UNGE

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.

Stk. 1.
Vaccination mod difteri, tetanus, kighoste, polio og hæmophilus influenzae type b (Hib).

8341	Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccination Vaccinationen gives 3 gange, som udgangspunkt ved 3, 5 og 12 måneder	kr. 52,62
8325	Di-Te-Ki-Pol-revaccination Revaccination, som gives 1 gang, som udgangspunkt ved 5-årsalderen. Påbegyndes vaccination først når barnet er fyldt 10 år, benyttes alene denne vaccine, og gives så i alt 4 gange. Vaccination skal være gennemført inden det fyldte 18. år.	kr. 52,62

Stk. 2.
Kombineret vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR)

8601	Vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR-vaccination) Vaccination, som gives 2 gange, som udgangspunkt ved 15 måneders- og 4-årsalderen. Vaccination skal være gennemført inden det fyldte 18. år.	kr. 52,62
8618	Honorar for telefonisk henvendelse til forældrene forud for MFR-vaccination	kr. 31,84

NOTE I til § 8, stk. 2
Lægerne kan i forbindelse med opfølgning på manglende MFR-vaccinationer telefonisk kontakte forældrene til de 15 måneder eller 4 år gamle børn, der endnu ikke er blevet vaccineret.

Stk. 3.
Vaccination mod pneumokoksygdom

8344	Pneumokokvaccination. Vaccination, som gives 3 gange, som udgangspunkt ved 3, 5 og 12 måneder. Er barnet fyldt 2 år, gives denne vaccine ikke.	kr. 52,62

Stk. 4.
Tillæg til vaccinationshonorarerne i stk. 1-3

8708	Tillæg til vaccinationshonorar når der ikke samtidig udføres en børneundersøgelse eller konsultation	kr. 109,97

Stk. 5.
Vaccination mod HPV af **børn** fra det fyldte 12. år indtil det fyldte 18. år

8328	Vaccination mod human papilloma virus (HPV-vaccination) Vaccination, som gives 2-3 gange afhængigt af alder – 2 vaccinationer til **børn** i alderen 12-14 år, mens der gives 3 vaccinationer fra det fyldte 15. år. Vaccination kan påbegyndes fra det fyldte 12. år og skal være gennemført inden det fyldte 18. år.	kr. 162,62

NOTE II til § 8
Ydelsen 8328 justeres løbende, så den til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101).
Honoraret for ydelse 8708 justeres løbende, så den til enhver tid sammen med vaccinationshonoraret svarer til honoraret for en konsultation (0101).
Når der samtidig med en HPV- vaccination udføres en MFR-vaccination, afregnes der endvidere med ydelse 8601. 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, stk. 5.
For drenge gælder det gratis tilbud om HPV-vaccination dog alene drenge født efter 30. juni 2007.

KAPITEL III VACCINATION TIL VOKSNE SAMT RISIKOGRUPPER

§ 9 Vaccination mod røde hunde til kvinder og til ikke-immune voksne mod mæslinger.

Stk. 1

8801	Vaccination til kvinder mod røde hunde MFR-vaccination, som gives 1 gang, til kvinder i den fertile alder, som ikke har opnået immunitet mod røde hunde.	kr. 52,62
8802	Vaccination til ikke-immune voksne mod mæslinger MFR-vaccination, som gives 1 gang til voksne, som ikke har opnået immunitet mod mæslinger.	kr. 52,62

Stk. 2

8901	Tillæg til vaccinationshonorar, når der ikke samtidig er konsultation i øvrigt.	kr. 109,97

NOTE II til § 9 (løbende justering af ydelse 8901):
Honoraret for ydelse 8901 justeres løbende, så den til enhver tid sammen med vaccinationshonoraret svarer til honoraret for en konsultation (0101).

§ 10 VACCINATIONER TIL RISIKOGRUPPER

Stk. 1.
Vaccination mod hepatitis B af persongrupper efter Styrelsen for Patientsikkerheds anbefaling

8310	Vaccination mod hepatitis B efter konkret anbefaling fra Styrelsen for Patientsikkerhed (til børn i visse børnehaver og boligområder) Der vaccineres 3 gange. Der kan benyttes en hepatitis B-vaccine eller en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B.	kr. 162,62

Stk. 2.
Vaccination mod hepatitis B af visse særlige persongrupper

8318	Hepatitis B-vaccination eller A+B-vaccination til særlige risikogrupper Der vaccineres 3 gange. De særlige risikogrupper er: - personer, der bor sammen med eller er seksualpartner til en person med kronisk hepatitis B. Der benyttes en hepatitis B-vaccine, dog benyttes en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B, hvis personen er under 18 år. - ikke-smittede injektionsnarkomaner. Der benyttes som udgangspunkt en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B. - personer, der har fået diagnosticeret hepatitis C. Der benyttes som udgangspunkt en kombinationsvaccine for både hepatitis A og B.	kr. 162,62

Stk. 3.
Vaccination mod hepatitis B af børn født af mor med kronisk hepatitis B

8314	Vaccination mod hepatitis B til børn under 2 år, som er født af en mor med kronisk hepatitis B Der vaccineres 3 gange med en hepatitis B-vaccine.	kr. 162,62

NOTE TIL § 10:
En konsultation eller børneundersøgelse, der udføres i forbindelse med en vaccination efter § 10 honoreres særskilt.

Ydelserne 8310, 8314, og 8318, justeres løbende, så de til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101).

§ 11 VACCINATIONER MED KLAUSULERET TILSKUD

8940	Vaccinationer med klausuleret tilskud	Kr. 162,62

NOTE TIL § 11:
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 § 11 justeres løbende, så det til enhver tid svarer til et konsultationshonorar (0101).

§ 12 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 IV. FORSKELLIGE BESTEMMELSER

§ 13 REGULERING AF HONORARERNE

Honorarerne reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent for regulering i overenskomst om almen praksis § 62.

§ 14 REKVISITION AF VACCINER

De i §§ 8-10 omtalte vacciner kan vederlagsfrit rekvireres fra Statens Serum Institut.

§ 15 TILLÆG VED TOLKEDE KONSULTATIONER

8410	Tillæg ved anvendelse af kvalificeret tolk i forbindelse med ydelser omfattet af denne aftale	kr. 153,85

§ 16 AFREGNING

Ved afregning af ydelser omfattet af denne aftale finder overenskomstens **§ 86** anvendelse.

§ 17 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 § 17:
Samarbejdsudvalgenes og Landssamarbejdsudvalgets beføjelser inden for denne aftales område omfatter ydelser til gruppe 1-sikrede og til gruppe 2-sikrede.

NOTE II TIL § 17:
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 § 17 nævnte opgaver inden for denne aftales område.

§ 18 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.

§ 19 REVISION AF AFTALEN
Denne aftale, der er indgået af RLTN og PLO den 3. juni 1991, er efterfølgende løbende ændret, senest i forbindelse med en forenkling af ydelsesstrukturen med ikrafttræden den 19. april 2018.

TUTORLÆGEAFTALEN - VEDRØRENDE ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER, DER VIRKER SOM TUTORLÆGER AF 14-09-2014 ÆNDRET VED AFTALE AF 19-06-2021

Alle beløb er angivet i 01-10-2021-niveau. Beløbene reguleres som anført i § 83 i overenskomst om almen praksis.

§ 1. Aftale om tutorlæger

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

§ 2. Tilladelse til at virke som tutorlæger

Stk. 1.
Alment praktiserende læger kan virke som tutorlæger, når Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse har givet tilladelse. Længden af ophold i almen praksis vil svare til de til enhver tid gældende bestemmelser i bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger.

Stk. 2.
Hvilken type uddannelseslæge praksis tildeles samt frekvens i uddannelsesforløb, bestemmes af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, tutorlægen og regionen, hvori praksis er beliggende, ud fra det aktuelle behov.

Stk. 3.
Der indgås en individuel aftale mellem Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, tutorlægen og den region, hvori tutorlægens praksis er beliggende. PLO og RLTN udarbejder en standard herfor baseret på nærværende aftale. Den individuelle aftale løber indtil den opsiges af enten Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse eller tutorlæge. Der er et gensidigt opsigelsesvarsel på ét år. Opsigelse kan dog i helt ekstraordinære tilfælde ske med et kortere varsel.

Stk. 4.
Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse tildeler tutorlægen en uddannelsessøgende læge med et halvt års varsel. Varslet kan være kortere, såfremt tutorlægen accepterer det. Rådet skal i forbindelse med tildelingen sikre så stor en spredning af de uddannelsessøgende læger som muligt i forhold til godkendte tutorlægepraksis.

Stk. 5.
Normalt vil hver tutorlæge have tilknyttet en uddannelseslæge i 6- eller 12-måneders forløb ad gangen.

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

§ 3 Finansiering

Stk. 1.
Godkendte tutorlæger er berettiget til tilskud til ansættelse af den uddannelsessøgende læge, som Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse har givet tilladelse til.

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

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

Stk. 2.
Den uddannelsessøgende læges ferie samt sygedage indberettes til regionen senest den 10. hverdag i måneden efter fraværet.

Stk. 3.
Beregning af tutorlægens andel af lønnen til den uddannelsessøgende læge efter regionalt tilskud foretages hver 6. måned. Pr. 31. december laves endvidere en årsopgørelse.

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

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

Stk. 4.
Tutorlæger, der har KBU-læger, får udbetalt et beløb pr. uddannelseslæge pr. måned til dækning af meromkostningerne til faciliteter mv. samt supervision. Beløbet udgør i lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen 9.972,25 kr. og i ikke lægedækningstruede områder kr. 7.497,94og

reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent i henhold til § 82 i Overenskomst om almen praksis.

Stk. 5.
Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved den uddannelsessøgende læges fravær grundet sygdom eller barsel. I tilfælde af, at fraværet varer længere end løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt. Såfremt den uddannelsessøgende læge ikke påbegynder sin ansættelse, er tutorlægen berettiget til honorar for den 1. måned, såfremt meddelelse herom først er givet i den måned, der ligger forud for ansættelsestidspunktet.

Stk. 6.
Tutorlægen er fortsat berettiget til honorar ved fravær fra praksis grundet egen sygdom. I tilfælde af tutorlægens sygdom udover løbende måned samt fuld efterfølgende kalendermåned, bortfalder regionens honoreringspligt.

Stk. 7.
Det kan mellem parterne aftales, at der ydes et tilskud til etablering af arbejdsplads for uddannelsessøgende læger i almen praksis.

Stk. 8.
Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse giver regionen besked om, hvornår og i hvilket tidsrum en tutorlæge har en uddannelsessøgende læge, og regionen udbetaler herefter beløbet månedsvis bagud uden anfordring fra tutorlægen.

§ 4. Krav til tutorlægen
Stk. 1.
Tutorlægen har det pædagogiske ansvar for uddannelseslægers uddannelse og virke i deres ansættelse i almen praksis. Tutorlægen skal opfylde de af Sundhedsstyrelsen udmeldte betingelser vedrørende pædagogiske kurser for tutorlæger, evaluering, indretning af klinikken mv., jf. DSAM's hjemmeside.

Stk.2.
Tutorlægen skal give Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse og regionen besked, såfremt den uddannelsessøgende læge udebliver eller uddannelsesforløbet afbrydes i utide.

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

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

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

Stk.4.
KBU-, intro- og fase 1-lægers ansættelsesvilkår fastlægges i øvrigt efter aftale mellem RLTN og Yngre Læger.

Stk. 5.
Ansættelsesvilkår for fase 2 og 3 læger fastsættes efter aftale mellem 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 seks uger klage til Landssamarbejdsudvalget, såfremt lægen ikke finder, at Samarbejdsudvalgets begrundelse er rimelig.

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

AFTALE VEDR. OMKOSTNINGSDÆKNING AF JOURNALER VED PRAKSISLUKNING AF 29-11 2007

Baggrund
I henhold til BEK 1090 af 28/07/2016 skal patientjournaler, der fortsat befinder sig i praksis på lukningstidspunktet, overdrages til Styrelsen for patientsikkerhed 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 Styrelsen for patientsikkerhed. 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. 8.154,20 pr. læge.

Tidsforbruget i praksis medgår bl.a. til:
- Aftaler og koordinering med Styrelsen for patientsikkerhed 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.

VEJLEDNING I ANVENDELSE AF OVERENSKOMSTENS YDELSER

Udarbejdet af RLTN og PLO i henhold til § 71 i Overenskomst om almen praksis (2022)

Af 31. januar 2022
rettet pr. 1. januar 2025

Indhold

1. INDLEDNING ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

2. GENERELT OM GRUNDYDELSER ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
2.1 FLERE GRUNDYDELSER SAMME DAG ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
2.2 INSTRUKTION I BRUG AF KLINISKE SKEMAER..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

3. KLINIKPERSONALE..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
3.2. KLINIKPERSONALE I ALMEN PRAKSIS..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

4. ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGE OG PATIENT ... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

5. ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGE OG PLEJEPERSONALE..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

6. MEDICINORDINATION ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
6.1. MEDICINORDINATION ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
6.2. MEDICINORDINATION VED RECEPTFORNYELSE..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

7. KONSULTATION (0101)..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
7.1 KONSULTATIONER I FORBINDELSE MED PROFYLAKTISKE HELBREDSUNDERSØGELSER AF GRAVIDE OG BØRN M.V. .. **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
7.2. KONTAKT VIA TREDJEMAND..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
7.3 LABORATORIEUNDERSØGELSER OG PRØVESVAR ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

8. ÅRSSTATUS/ÅRSKONTROL (0120) (REVIDERET IHT. AFTALE AF 10. SEPTEMBER 2024)..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

9. TELEFONKONSULTATION (0201) ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

10. AFTALT TELEFONKONSULTATION (0204) .. **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
10.1. TILLÆGSYDELSER TIL AFTALT TELEFONKONSULTATION..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

11. E-KONSULTATION (0105) OG (0127) ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
11.1. E-KONSULTATION MED KOMMUNERNE **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

12. VIDEOKONSULTATION (0125)..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

12.1. HONORERING ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
12.2. TILLÆGSYDELSER TIL VIDEOKONSULTATION..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
12.3. VIDEOKONSULTATION I VAGTTID..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

13. VIDEOKONFERENCE (0126)..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
13.1. HONORERING ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

14. LÆGEFAGLIG VURDERING AF PATIENTER TILKNYTTET KOMMUNAL AKUTFUNKTION (0124) (NY)..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
14.1. MÅLGRUPPEN..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
14.2. BEHANDLINGSANSVAR ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
14.3. HONORERING ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

15. SYGEBESØG (0411 M.FL.) ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
15.1. AFREGNINGSREGLER OG AFSTAND VED SYGEBESØG **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
15.2. SYGEBESØG TIL FLERE PATIENTER PÅ SAMME TUR ... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
15.3 STEDLIG LÆGE..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

16. OPSØGENDE HJEMMEBESØG (0121)..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

17. SUNDHEDSTJEK TIL BORGERE PÅ BOTILBUD (0123) ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
17.1. MÅLGRUPPE ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
17.2. HONORERING ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

18. ABORTSTØTTESAMTALE (0122)..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

19. KONSULTERENDE SAMTALE TIL BØRN OG FAMILIER (0128). **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
19.1. YDELSESINDHOLD ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
19.2. HONORERING ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
20. SAMTALETERAPI (6101)..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
21. KRONIKERPROGRAMMET..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
21.1. YDELSER OMFATTET AF KRONIKERHONORARET..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
21.2. GENERELT OM HENVISNING TIL HOSPITALSBEHANDLING. **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
21.3. GENERELT OM PERSONALE OG KOMPETENCER ..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
21.4. DEFINITION OG UNDTAGELSER FOR KOL-PATIENTER **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
21.5. DEFINITION OG UNDTAGELSER FOR DIABETES TYPE 2-PATIENTER..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
21.6. VEJLEDNING OM AFREGNING VED FLYTNING OG ÆNDRING AF SYGDOMSSTATUS..... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

22. SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE YDELSERNE 3201 OG 3304.... **FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
22.1. FORMÅLET MED YDELSERNE OM SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE .....**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
22.2. PATIENTMÅLGRUPPEN.....**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
22.3. YDELSENS INDHOLD.....**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
22.4. INITIATIV TIL SAMARBEJDE.....**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

23. YDELSER I VAGTTID.....**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
23.1. AFREGNING AF SYGEBESØG I VAGTTID..**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**
23.2. VIDEOLØSNINGER I LÆGEVAGTEN .....**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

24. TILLÆGSYDELSER .....**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

25. LABORATORIEUNDERSØGELSER.....**FEJL! BOGMÆRKE ER IKKE DEFINERET.**

1. INDLEDNING

Formålet med denne vejledning er støtte til korrekt anvendelse af Overenskomst om almen praksis' ydelser for den praktiserende læge, dennes klinikpersonale og regionen. Vejledningen træder ikke i stedet for teksten i overenskomsten.

Denne vejledning er en opdateret udgave af den tidligere vejledning fra 2014 med de ændringer, som overenskomsten af 1. januar 2018 og overenskomsten af 1. januar 2022 har medført.

2. GENERELT OM GRUNDYDELSER

Ydelseshonoreringen i Overenskomst om almen praksis er bygget op om, hvilken kontaktform den praktiserende læge og patienten har. Kontakten kan være via fysisk fremmøde i klinikken, over telefonen, via video, e-mail eller ved (syge)besøg i patientens hjem. Grundydelserne afhænger af den konkrete kontaktform. I tillæg til en grundydelse kan der tages visse tillægsydelser og laboratorieundersøgelser.

Denne vejlednings afsnit 7-23 angår særligt anvendelsen af følgende grundydelser i dagtid:

- Konsultation (0101)
- Årsstatus/årskontrol (0120)
- Abortstøttesamtale (0122)
- Samtaleterapi (6101)
- Telefonkonsultation (0201)
- Aftalt telefonkonsultation (0204)
- E-konsultation (0105)
- Videokonsultation (0125)
- Videokonference (0126)
- Lægefaglig vurdering af patienter tilknyttet kommunal akutfunktion (0124)
- Sygebesøg (0411 m.fl.)
- Opsøgende hjemmebesøg (0121)
- Sundhedstjek til borgere på botilbud (0123)
- Kronikerhonorar (0130-0132)

2.1 Flere grundydelser samme dag

Det er udgangspunktet, at der kun kan afregnes én planlagt kontakt/grundydelse pr. dag pr. patient, også selv om konsultationen gennemføres hos to forskellige behandlere i praksis. Der kan for eksempel kun afregnes for en konsultation, hvis patienten har en tid hos lægen og umiddelbart derefter en anden tid hos sygeplejersken. Det skyldes, at én kontakt kan indeholde en eller flere helbredsmæssige problemstillinger.

En undtagelse til udgangspunktet er, at der kan afregnes for to grundydelser på samme dag, hvis patientens behov for lægehjælp, som det fremstod ved første konsultation, er imødekommet, men helbredssituationen senere samme dag udvikler sig således, at der opstår behov for endnu en grundydelse – fx forværring i en tilstand eller, der opstår et akut problem. Forværringen eller det akut opståede problem kan også opstå før den planlagte kontakt.

En anden undtagelse til udgangspunktet er, at der kan afregnes for en grundydelse og senere samme dag for en telefonkonsultation (0201) eller e-konsultation (0105), hvis patienten henvender sig med et tillægs- eller uddybende spørgsmål eller om et helt andet spørgsmål. Undtagelsen betyder, at hvis en patient ringer eller skriver flere gange på samme dag, tidsmæssigt uafhængigt og om forskellige emner, kan der afregnes for flere telefonkonsultationer/e-konsultationer på samme dag.

En tredje undtagelse er, hvis en patient får taget prøver, og modtager prøvesvaret senere samme dag, såfremt det er muligt og findes relevant. Prøvesvar samme dag honoreres i henhold til overenskomstens bestemmelser om e-konsultation eller telefonkonsultation, og forudsætter at, at de to grundydelser, som afregnes, er forekommet tidsmæssigt uafhængigt.

2.2 Instruktion i brug af kliniske skemaer

Instruktion i brug af kliniske skemaer er indeholdt i grundydelserne, hvor det er relevant i forhold til patientens udredning og behandling. Instruktion i brug kan fx ske ved måling af:

- **Hjemmeblodtryk**
- **Væske/vand (voksen)**
- **Væske/vand (barn)**
- **DAN-PSS**

Lægen kan give patienten mulighed for at tilgå PRO-skemaer digitalt, hvori patienten efter aftale med klinikken kan registrere data i en afgrænset periode med henblik på at dokumentere symptomer.

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

3. KLINIKPERSONALE

Klinikpersonalets selvstændige udførelse af behandlingsopgaver m.v. sker efter anmodning fra lægen, under lægens ansvar og under supervision af denne. En autoriseret læge kan ikke ansættes som klinikpersonale og kan dermed ikke være medhjælp i almen praksis.

Regler og rammer for lægers delegation til medhjælp er reguleret i *Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)*, nr. 1219 af 11. december 2009. Det følger bl.a. af bekendtgørelsen, at der er visse opgaver, som ikke kan delegeres til medhjælp, og at lægen skal sikre, at medhjælpen er kvalificeret til opgaven og har modtaget instruktion samt at lægen fører tilsyn med medhjælpens arbejde.

3.2. Klinikpersonale i almen praksis

Klinikpersonalet kan på lægens foranledning og under lægens ansvar selvstændigt udføre visse undersøgelser og behandlinger, give råd og vejledning, herunder gennemføre forebyggende undersøgelser, uden at opgaverne forinden eller efterfølgende har betydet en direkte kontakt mellem lægen og patienten. Det kvalificerede personale kan således gennemføre konsultationer, telefonkonsultationer, videokonsultationer, e-konsultationer, sygebesøg og visse typer

årsstatus efter overenskomsten. Konkrete eksempler kan være konsultationer, hvor der foretages blodtryksmåling, sårbehandling/sårskifte, vaccinationer, vortebehandling og diabeteskontrol.

Delegation
Autoriserede læger kan uddelegere opgaver inden for deres virksomhed til andre – både autoriseret sundhedspersonale (konsultationssygeplejersker, praksis-bioanalytikere, social- og sundhedsassistenter og jordemødre) og til andet personale uanset uddannelsesmæssig baggrund (lægesekretærer, farmakonomer m.v.). Delegationen sker på lægens ansvar.

Lægen, der uddelegerer opgaver til klinikpersonalet, har ansvaret for, at der er de rette rammer for personalets opgaveløsning i klinikken, at personalet har modtaget uddannelse, besidder de nødvendige kompetencer, og har den nødvendig faglige viden. Er der i en klinik flere personaler ansat, skal der foreligge skriftlige instrukser i form af arbejdsbeskrivelser til udførelsen af særligt de lægeforbeholdte opgaver. Lægen skal ligeledes føre tilsyn med, at opgaverne løses i henhold til det aftalte.

Lægeforbeholdte opgaver
Nogle opgaver er alene forbeholdt læger, og kan ikke uddelegeres til personalet:
a) Erklæringer/attester, herunder dødsattester.
b) Udfærdigelse af recepter.
c) Tvangsforanstaltninger i forhold til somatisk behandling og psykiatriske patienter.

Klinikpersonale vil kunne medvirke til løsningen af opgaverne, men kan ikke selvstændigt afslutte dem, dvs. at medarbejderen kan lave udkast til en recept eller bidrage med indhold til en attest, men lægen skal godkende/underskrive, og lægen har dermed ansvaret.

Klinikpersonale kan ikke udføre opsøgende hjemmebesøg (0121), sundhedstjek af borgere på botilbud (samtaleterapi (6101/6201), **fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykiske lidelser (2150)** eller årsstatus (0120) dog med undtagelse af årsstatus for patienter, der indgår i kronikerprogrammet og ukompliceret hypertension, osteoporose og stofskiftelidelse. Klinikpersonale kan heller ikke udføre tillægsydelsen til en konsulterende samtale i sammenhæng med en børneundersøgelse eller alene stå for kontakten til kommunens akutpersonale.

4. ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGE OG PATIENT

Elektronisk kommunikation med patienten, elektronisk tidsbestilling og elektronisk receptfornyelse er en del af praksis' tilbud til patienterne. Der er tale om skriftlig elektronisk kommunikation.

Elektroniske henvendelser til lægen skal ske via klinikkens hjemmeside eller fx via lægens app. Hjemmesiden bør være i et format, så henvendelsen går direkte ind i lægesystemet og lagres i lægens elektroniske journal. Systemet skal give mulighed for, at patienten kan afbestille en allerede fremsendt anmodning om tidsbestilling.

Receptfornyelse

Ved receptfornyelse af fast medicin kan patienten henvende sig elektronisk til lægen. Hvis lægen vurderer, at der er behov for at se patienten, må anmodningen om elektronisk receptfornyelse afvises, og der aftales en konsultation. Patienten har således ikke en ret til at få fornyet en medicinrecept.

Svar på undersøgelser

Svar på undersøgelser fx laboratorieundersøgelser eller røntgenundersøgelse kan foregå elektronisk. Svar på laboratorieundersøgelser honoreres som en e-konsultation.

Lægen skal i forbindelse med elektronisk kommunikation med patienten særligt være opmærksom på:

- At lægen sædvanligvis skal afgive svar på e-konsultation inden for maksimalt fem hverdage.
- At lægen på hjemmesiden gør patienten bekendt med, at hastende/akutte henvendelser ikke kan foretages elektronisk.
- At lægen ved fravær gør patienten opmærksom på, at lægen ikke i en periode besvarer henvendelser.
- At lægen ved tekniske problemer med e-konsultation eller elektronisk tidsbestilling oplyser herom på hjemmesiden.
- At lægen så vidt muligt ikke sender vigtige/alvorlige sundhedsfaglige svar elektronisk. Skal lægen fx give et alvorligt svar på en laboratorieprøve, bør lægen fx i en elektronisk meddelelse bede patienten om at henvende sig til lægen. Hvis patienten ikke henvender sig, har lægen pligt til at forsøge at kontakte patienten på anden måde. Lægen skal så vidt muligt sikre sig, at patienten forstår svaret, og har mulighed for at stille opklarende spørgsmål, hvilket e-konsultation ikke giver mulighed for.

Sikkerhed

Det er en forudsætning for anvendelse af e-kommunikation mellem læge og patient, at it- og datasikkerheden er i orden. Det anbefales, at kommunikation mellem patient og læge sikres i lokale sikkerhedsløsninger med kryptering og sikring af afsenders og modtagers identitet. Der henvises til mere information om it-sikkerhed i almen praksis på PLO's hjemmeside.

5. ELEKTRONISK KOMMUNIKATION MELLEM LÆGE OG PLEJEPERSONALE

Den enkelte læge skal tilbyde elektronisk kommunikation med kommunalt plejepersonale, fx hjemmepleje, plejehjem, sundhedspleje eller sociale og socialpsykiatriske tilbud, som en del af klinikkens tilbud i overensstemmelse med reglerne for elektronisk kommunikation.

Den elektroniske kommunikation mellem lægen og kommunens plejepersonale er reguleret i Overenskomstens § 101.

6. MEDICINORDINATION

6.1. Medicinordination

Hvis ordination af medicin indebærer, at der skal udøves et lægeligt skøn, er der ikke tale om en receptfornyelse, men om en konsultation, videokonsultation, 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.

Er der tale om udstedelse af afhængighedsskabende medicin er det udgangspunktet, at det foregår på baggrund af en lægelig vurdering ved et fysisk fremmøde i klinikken eller ved et besøg i patientens hjem.

6.2. 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.

Recepter udstedes som udgangspunkt elektronisk i det Fælles Medicinkort. Kun i særlige tilfælde kan ordinationen ske skriftligt, via telefax eller telefonisk.

Receptfornyelser honoreres ikke.

Er der tale om genudstedelse af afhængighedsskabende medicin er det udgangspunktet, at hver receptfornyelse foregår på baggrund af en lægelig vurdering ved et fysisk fremmøde i klinikken eller ved et besøg i patientens hjem og ikke ved telefon- eller e-konsultation.

7. KONSULTATION (0101)

En konsultation defineres som en situation, hvor patient og læge mødes i lægens klinik, 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. En konsultation kan komme i stand enten telefonisk eller skriftligt/digitalt eller ved patientens fremmøde i praksis.

En konsultation kan være af kortere eller længere varighed og kan omhandle et eller flere forskellige helbredsmæssige problemer hos patienten. Der foreligger ikke to konsultationer, selvom patienten bringer flere helbredsmæssige problemer op under konsultationen, eller hvis lægen bliver opmærksom på flere helbredsmæssige problemer, hvis tilstedeværelse ikke var kendt, da konsultationen blev aftalt.

Klinikkens behandlere skal så vidt muligt søge at behandle patientens problemer samme dag inden for rammerne af en konsultation. Hvorvidt der er behov for flere konsultationsydelser på flere forskellige dage, afhænger af en konkret sundhedsfaglig vurdering, patientens behov, lægens og klinikpersonalets muligheder og hensynet til andre patienters ventetid samt akut opståede behov for lægehjælp, sygebesøg m.v.

Der foreligger ikke en konsultation, hvis patienten udebliver fra en aftalt tid.

Der kan forekomme situationer, hvor lægen kan afregne 0101 pr. brev uden at have været i kontakt med patienten, men det må betragtes som en sjælden undtagelse, og skal kunne begrundes bl.a. ved, at anden kontaktform ikke har været mulig. Ydelsen er mest relevant i forhold til INR-målinger eller til patienter, der ikke umiddelbart kan modtage svar elektronisk, og hvor det ikke er muligt at få forbindelse pr. telefon. Konsultation pr. brev afregnes med ydelse 0101. 7

7.1 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 helbredsmæssige forhold, der kræver undersøgelse og/eller behandling, som ligger uden for rammerne, der gælder for udførelse af de profylaktiske svangre- og børneundersøgelser, er der tale om en konsultation efter overenskomsten. Der foreligger således to ydelser:

- en profylaktisk helbredsundersøgelse, som afregnes efter Profylakseaftalen, og
- en konsultation der afregnes med 0101. Det gælder, uanset om den nærmere undersøgelse og/eller behandling finder sted i umiddelbar forlængelse af den profylaktiske helbredsundersøgelse eller ved særskilt konsultation.

Ydelserne afregnes i dette tilfælde på to forskellige regninger.

7.2. Kontakt via tredjemand

En konsultation (0101), e-konsultation (0105/0127) eller en telefonkonsultation (0201) kan gennemføres via tredjemand, hvis en pårørende, hjemmesygeplejerske eller andet kommunalt plejepersonale henvender sig til lægen på patientens vegne med henblik på lægelig undersøgelse eller behandling, lægeligt råd eller vejledning vedrørende patientens helbredsforhold uden at patienten deltager i kontakten. Ved konsultation (0101) markeres regningen med ”b”.

Videokonsultation (0125) kan gennemføres via tredjemand, hvis en pårørende henvender sig til lægen på patientens vegne med henblik på undersøgelse eller behandling, lægeligt råd eller vejledning vedrørende patientens helbredsforhold uden at patienten deltager i kontakter. **Det kan også være i de situationer, hvor hjemmesygeplejerske eller andet kommunalt plejepersonale på vegne af patienten kontakter lægen med henblik på at få råd og vejledning vedr. en konkret problemstilling hos patienten, og hvor det har et sådant omfang, at det ikke er hensigtsmæssigt at gennemføre det som e-konsultation eller telefonkonsultation. Videokonsultationen kan gennemføres med eller uden patientens tilstedeværelse.**

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 kontakt via tredjemand. Det gælder også i tilfælde, hvor lægens skøn fører til, at der *ikke* iværksættes undersøgelse eller behandling.

Afregning og honoreringen afhænger af kontaktformen.

Det er afgørende, at det står klart for lægen, at henvendelsen er på vegne af patienten (fx en forælder, der står for kontakten på vegne af et mindreårigt barn) samt at reglerne om patienters samtykke og de konkrete undtagelser hertil følges før lægen videregiver patientens helbredsoplysninger, jf. sundhedslovens § 41.[9] Lægens overvejelser samt at kontakten er sket via tredjemand skal journalføres.

Der er ikke tale om en patientkontakt 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. Her skal lægen respektere tavshedspligten overfor patienten, og lægen må ikke delagtiggøre andre i patientens helbredsforhold uden patientens samtykke.

Hvis en forælder (forældremyndighedsindehaver) henvender sig med henblik på lægelig behandling eller undersøgelse, råd eller vejledning af den pågældendes barn, uden at barnet er til stede, foreligger der patientkontakt via tredjemand. Er lægen i tvivl om, hvorvidt en forælder er forældremyndighedsindehaver, fx i forbindelse med en skilsmissesag, kan lægen bede om bevis herpå. Sker forælderens henvendelse i umiddelbar forlængelse af en konsultation vedrørende egne helbredsforhold, foreligger der en ny konsultation (via tredjemand), dvs. i alt to konsultationer, som skal afregnes separat.

Har en patient en værge, hvor værgemålet også omfatter personlige forhold – herunder helbredsforhold – vil værgen også kunne agere på patientens vegne. Lægen bør være opmærksom på, at der er særlige regler for plejeforældre, og at de ikke har de samme rettigheder over et barn, som forældremyndighedsindehavere.

7.3 Laboratorieundersøgelser og prøvesvar

Hvis 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 afregningsmæssigt en laboratorieundersøgelse og en konsultation. Den måde hvorpå patienten får besked om svaret på laboratorieundersøgelsen er afgørende for afregning og honorering (svaret kan fx gives sammen med en konsultation (0101), e-konsultation (0105), videokonsultation (0125) og telefonkonsultation (0201).

Såfremt laboratorieundersøgelsen finder sted i forbindelse med en konsultation eller anden kontaktydelse honoreres der for både grundydelsen og for laboratorieundersøgelsen. I alle andre tilfælde honoreres alene for laboratorieundersøgelsen.

---

[9] Se også *Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.*, nr. 359 af 4. april 2019.

8. ÅRSSTATUS/ÅRSKONTROL (0120) (REVIDERET IHT. AFTALE AF 10. SEPTEMBER 2024)

Årsstatus også kaldet en årskontrol er et på forhånd aftalt møde mellem patient og læge, hvor patienten på forhånd er bekendt med indholdet, og lægen har forberedt forebyggelsesindsatsen.

Årsstatus kan tilbydes patienter, når to betingelser er opfyldt:

1. Det fremgår af fagligt anerkendte kliniske retningslinjer, at patienter bør tilbydes en årsstatus/årskontrol, og
2. Hvor der er et lægefagligt begrundet behov for en årsstatus.

Hertil er der en række konkrete situationer, hvor ydelse 0120 kan bruges til afgrænsede patientgrupper, jf. afsnit 8.2.

Lægen bør inden patienten tilbydes en årskontrol overveje om en sådan er relevant, eller om patientens behov kan imødekommes på anden måde. Nogle patienter går til kontrol i andre sektorer og lægen bør i disse tilfælde ikke tilbyde en årskontrol i almen praksis. Nogle patienter har så mild og stabil sygdom, at én årlig kontrol er for hyppigt. Andre har så mange tilstande at en prioritering er nødvendig af hensyn til patientens samlede forløb og for at sikre at antallet af kontakter til lægen passer ind i liv og hverdag.

Mange sygdomme skal kontrolleres med bestemte tidsrum, men ikke alle kroniske tilstande udløser af den grund mulighed for at afregne ydelsen 'årskontrol'. Det forudsættes, at årsstatus/årskontrol og undersøgelse udføres i henhold til faglige anerkendte kliniske retningslinjer og anbefalinger og skal som minimum indeholde nedenstående:

- En systematisk samlet risikovurdering og ressourcevurdering efter fagligt anerkendte kliniske vejledninger og anbefalinger (fx DSAM's vejledninger, hvor disse foreligger)
- Status af patientens helbredssituation (anamnese, objektiv undersøgelse og laboratorieundersøgelser)
- Vurdering af medicinordinationerne og ajourføring i FMK
- Fastlæggelse af behandlingsmål i samarbejde med patienten.

Samlet set forventes ydelsen gennemsnitligt at være mere tidsforbrugende end en normal konsultation, jf. det ovenfor beskrevne faglige indhold.

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 for transporttiden til mødestedet, svarende til § 64, stk. 2, c), og

kørselsgodtgørelse i henhold til § 82. Ydelsen kan ikke anvendes sammen med *Opsøgende hjemmebesøg* (ydelse 0121).

Kommer patienten til en aftalt årsstatus og udtrykker ønsker om at tale om et andet sundhedsproblem, har lægen mulighed for at behandle det akutte sundhedsproblem og afregne med ydelse 0101 – og derefter give patienten en ny tid til status for den kroniske sygdom. Hvis lægen 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. Ydelse 0120 kan ikke anvendes i forbindelse med en almindelig konsultation i praksis (ydelse 0101).

Ydelsen kan ikke anvendes sammen med børne- og svangerundersøgelser.

Ydelsen kan ikke gennemføres ved klinikpersonale, men personale kan deltage i forberedelse af en årsstatus. Klinikpersonalet kan dog selvstændigt udføre 0120 for patienter omfattet af kronikerprogrammet. og for patienter med hypertension, stofskiftelidelse og osteoporose.

Ydelse 0120 kan ikke anvendes i Lægevagten.

8.1. Tillægsydelser og laboratorieundersøgelser

Ydelsen kan kun undtagelsesvis anvendes sammen med tillægsydelser (§ 62) eller laboratorieundersøgelser (§ 81), da svar på disse oftest vil være en forudsætning for at gennemføre ydelsen. Tillægsydelsen *Diagnostik, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests* (2149) kan dog anvendes sammen med ydelse 0120, hvor det drejer sig om psykiske lidelser som fx demens.

8.2. Andre patientgrupper

Væsentlig risiko for kronisk sygdom

Ydelse 0120 kan 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.

Demens

Ydelse 0120 kan anvendes ved en demenssamtale med tværfaglig koordinerende indsats, jf. DSAM's vejledning herom.[10] Ydelse 0120 kan maksimalt anvendes to gange pr. år pr. dement patient.

Misbrug af vanedannende medicin

Der kan gives en årsstatus ved en målrettet indsats for at nedbringe en patients misbrug af lægeordineret vanedannende medicin, og hvor der eventuelt foreligger kombination med misbrug af andre afhængighedsskabende stoffer. Det forudsættes, at formålet med konsultationen er aftalt på forhånd. Der skal foretages en samlet risiko- og ressourcevurdering (fx

[10] Klinisk vejledning – Demens i almen praksis, DSAM, 2006. https://www.dsam.dk/files/9/demens_2006.pdf

vurdering af patientens profil eller grad af bivirkninger) samt aftales mål for behandlingsindsatsen, herunder en motiverende udtrapningsplan i samarbejde 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.

9. TELEFONKONSULTATION (0201)

En telefonkonsultation defineres som en telefonisk henvendelse, hvor der er ydet lægelig behandling, rådgivning eller vejledning, som imødekommer patienters behov for lægehjælp på det pågældende tidspunkt.

Hvis den telefoniske henvendelse resulterer i en aftale om, at patienten ses af lægen eller klinikpersonalet senere i konsultationen eller ved besøg, anses den telefoniske henvendelse som en uhonoreret tidsbestilling.

Der kan således ikke afregnes med en telefonkonsultation ved samtaler, der fx alene vedrører:

- tidsbestilling,
- prøvesvar som resulterer i en tidsbestilling,
- receptfornyelse uden fornyet lægeligt skøn, jf. afsnittet om medicinordination,
- aflysning af en konsultation og
- anmodning om journalforsendelser.

En telefonkonsultation kan også selvstændigt gennemføres ved, at klinikpersonale giver råd og/eller vejledning jf. afsnittet om klinikpersonale.

10. AFTALT TELEFONKONSULTATION (0204)

Som et supplement til videokonsultation er det muligt for en klinik at tilbyde en aftalt telefonkonsultation (0204). En klinik må alene yde aftalt telefonkonsultation, hvis klinikken tilbyder videokonsultation til patienterne.

En aftalt telefonkonsultation er relevant, hvor der er behov for en lægefaglig vurdering eller opfølgning, der ville være gennemført ved en videokonsultation, men hvor patienten ikke har adgang til videoudstyr, eller ikke har mulighed for at gennemføre en videokonsultation som følge af, at de ikke har NEM-id/Mit-ID og ikke kan assisteres af pleje- eller sundhedspersonale. Som ved videokonsultation er der tale om en problemstilling, hvor fysisk undersøgelse ved konsultation eller sygebesøg ikke er nødvendigt.

Det betyder, at patienten først skal tilbydes en videokonsultation. Hvis videokonsultation ikke er muligt for patienten, kan patienten tilbydes en aftalt telefonkonsultation.

Aftalt telefonkonsultation kan alene ydes af lægen.

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

Aftalt telefonkonsultation er inkluderet i kronikerhonoraret, dvs. at der registreres en ydelse, men honoreringen sker via kronikerhonoraret.

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

10.1. Tillægsydelser til aftalt telefonkonsultation

Nedenstående tillægsydelser kan udføres i forbindelse med aftalt telefonkonsultation:

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

11. E-KONSULTATION (0105) OG (0127)

Lægen/praksis skal tilbyde e-konsultationer. E-konsultation kan bruges som kontaktform, når der er tale om enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver svar på supplerende spørgsmål fra lægens side. E-konsultationer skal til patienten besvares senest inden fem hverdage og til plejepersonale tilstræbes gensidig maksimal svartid inden tre hverdage.

Lægen skal være meget opmærksom på, at e-konsultationen ikke giver mulighed for en dialog med patienten, hvorfor lægen kan have svært ved at opnå et nuanceret billede af problemstillingen. En udfordring ved e-konsultation er, at patienten ikke – som ved personlig kontakt – umiddelbart kan få afklaret eventuelle supplerende spørgsmål, som lægens svar måtte afføde, og lægen vil ikke have mulighed for 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 konsultation, og
- at kommunikationen via elektroniske meddelelser ikke medfører et urimeligt stort tidsforbrug for lægen set i forhold til den tid, der anvendes til kommunikation, som foregår pr. telefon eller i konsultationen.

Når blot en af disse forudsætninger ikke er opfyldt, bør patientens henvendelse ikke besvares via e-konsultation, og lægen kan afvise e-konsultationen med henvisning til en mere hensigtsmæssig kontaktform.

Følgende opgaver kan ikke løses via e-konsultation:

- Medicinske problemstillinger, som kræver en fysisk undersøgelse.
- Akutte problemstillinger, som kræver en hurtig lægelig vurdering, er ikke egnede, fordi der ikke er sikkerhed for, hvor hurtigt 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 ensidig skriftlig beskrivelse. Desuden vil det ofte være nødvendigt for lægen at stille uddybende spørgsmål til patienten om en kompleks problemstilling.

Simple svar på laboratorie- og røntgenundersøgelser kan med fordel ske via e-konsultation, der sendes efter aftale med patienten.

Der honoreres ikke for:

- lægens svar på patientens supplerende spørgsmål,
- lægens afvisning af patientens anmodning om e-konsultation,
- tidsbestilling, eller
- receptfornyelse, der ikke kræver en fornyet lægelig vurdering.

Det er vigtigt, at lægen via information på lægens/klinikkens hjemmeside afstemmer patienternes forventninger om, hvad tilbuddet om e-konsultation indebærer.

Er lægen forhindret i at svare på e-konsultationer på grund af lægens ferie og lignende fravær i mere end tre på hinanden følgende hverdage, skal lægen registrere sit fravær i sit lægepraksissystem og informere patienterne fx på klinikkens hjemmeside eller via e-portal og i lægens app til patienten (fx Min Læge). Lægen har mulighed for at blokere for elektroniske henvendelser.

Det anbefales, at lægen sætter en begrænsning på, hvor stor en elektroniske henvendelse kan være (fx antal ord). Det anbefales, at lægen tager stilling til, om det skal være muligt at vedhæfte filer eller billeder, inkl. eventuelle krav hertil.

11.1. E-konsultation med kommunerne

E-konsultationer mellem lægen og kommunerne honoreres med ydelse 0127, jf. Overenskomstens § 104. Ydelse 0127 er ved overenskomstens ikrafttræden den 1. januar 2022 en registreringsydelse, der skal tilvejebringe data om omfanget af elektronisk kommunikation mellem almen praksis og kommunerne. Betingelser for honorering mv. fremgår af overenskomstens § 101. Svartiden tilstræbes gensidigt at være maksimalt tre hverdage.

Hvis kommunens plejepersonale, jf. § 101 ønsker dokumentation tilsendt elektronisk efter, at patienten har modtaget en ydelse efter Overenskomsten (telefonkonsultation, konsultation, besøg mv.), er det en ekstra ydelse, der ikke er omfattet af Overenskomsten. Der kan i denne situation ikke afregnes med ydelse 0105 eller 0127. Lægen må i givet fald fremsende regning til rekvirenten.

Elektronisk kommunikation mellem lægen og kommunens administrative personale honoreres ikke efter denne overenskomst.

12. VIDEOKONSULTATION (0125)

Lægen eller praksispersonale kan udføre en videokonsultation. Videokonsultation er en grundydelse, som skal være planlagt og visiteret på forhånd og afholdes på et aftalt tidspunkt, som var det en fysisk konsultation eller en aftale om et sygebesøg.

Videokonsultation kan derfor ikke anvendes ved eksempelvis "drop-in" tider, hvor borgeren tilbydes konsultation uden tidsbestilling.

Det er en lægefaglig vurdering, hvornår video kan være den rette kontaktform, idet det bør dreje sig om en problemstilling, hvor fysisk undersøgelse ved konsultation eller sygebesøg ikke er nødvendig. Patienten eller andre kan ikke kræve kontakt via video, men lægen skal tage hensyn til patientens behov og personlige ikke-medicinske forhold fx transporttid til klinikken. Lægen kan tilsvarende heller ikke ensidigt bestemme, at en kontakt skal gennemføres på video, hvis patienten ikke ønsker det.

Alle klinikker i almen praksis tilbyder videokonsultationer **fra 1. januar 2025**.

12.1. Honorering

Videokonsultation er inkluderet i kronikerhonoraret, dvs. at der registreres en ydelse på patienter i kronikerprogrammet, men honoreringen sker via kronikerhonoraret.

Videokonsultation vil, hvor det har et konkret formål, kunne anvendes til samtaleterapi (6101/6201) og årskontrol (0120) med tilsvarende honorar. Det gælder, hvis patienten på grund af særlige praktiske, fysiske eller psykiske problemstillinger kun meget vanskeligt kan møde op i klinikken. Årskontrol forudsætter oftest relevante parakliniske undersøgelser, som i disse særlige tilfælde bør tilbydes udført i hjemmet. Hvis samtaleterapi eller årskontrol tages over video, benyttes ydelserne 6101/6201 og 0120 sammen med registreringskoden 1003.

Såfremt der ikke opnås forbindelse, og parterne derfor vælger at gennemføre konsultationen via telefon, honoreres der med en almindelig telefonkonsultation (0201).

12.2. Tillægsydelser til videokonsultation

Nedenstående tillægsydelser kan udføres i forbindelse med videokonsultation:

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

12.3. Videokonsultation i vagttid

De vagtbærende regioner indfører mulighed for videokonsultation i vagttid i overensstemmelse med sikkerhedskravene på sundhedsområdet.

Videokonsultation i lægevagten er som udgangspunkt forvisiteret i lighed med en almindelig fysisk konsultation i lægevagten. Det bør være muligt for vagtlægen under telefonvisitationen at foreslå en videoløsning, hvis lægen vurderer, at der er faglig indikation herfor.

Der er begrænsninger på, hvilke tillægsydelser, der kan tages i vagttid.

13. VIDEOKONFERENCE (0126)

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

Formålet er at skabe et rum for samtale mellem eksperterne på hospitalet – på tværs af afsnit – egen læge og støttefunktioner i kommunerne. Det kan understøtte sammenhæng i behandlingen, når en patient har kontakter i flere sektorer. fx ved udskrivningskonferencer o.lign., koordineringsmøder med samarbejdspartnere fx mellem praksis og kommunens hjemmepleje/socialpsykiatri/jobcentre mv, rådgivning/møde/fælleskonsultation med specialist på sygehus.

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

13.1. Honorering

Videokonference honoreres efter konferencens varighed i moduler a 10 minutter. Der kan maksimalt honoreres for seks moduler pr. konference. Videokonference kan alene tilbydes i dagtid. Videokonference er en grundydelse.

Såfremt der ikke opnås forbindelse, og én eller flere af aktørerne derfor vælger at overgå til telefon, honoreres der fortsat for videokonference pr. modul af 10 minutter.

Videokonference er ikke inkluderet i kronikerhonoraret. Der kan ikke gennemføres videokonference i vagttid.

14. LÆGEFAGLIG VURDERING AF PATIENTER TILKNYTTET KOMMUNAL AKUTFUNKTION (0124)

De praktiserende læger yder lægefaglig rådgivning og vurdering af konkret patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden, når de kommunikerer med en

kommunal akutfunktion. Lægen kan således tage ydelsen ved vurdering af patienter tilknyttet kommunal akutfunktion to gange dagligt pr. patient i dagtid.

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

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

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

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

14.1. Målgruppen

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

1. Patienter, henvist af almen praksis, hvor der er brug for en hurtig sygeplejefaglig vurdering for at sikre den rette lægefaglige indsats, herunder om patienten skal tilknyttes akutfunktionen med det formål at forebygge yderligere forværring af tilstanden.

2. Patienter, henvist af almen praksis, som er tilknyttet den kommunale akutfunktion, hvor lægen har vurderet, at patienten har behov for observation, pleje og /eller behandling for akut opstået somatisk sygdom eller forværring af kendt sygdom, men uden behov for indlæggelse på hospital.

3. Patienter, som den kommunale hjemmesygepleje har valgt at tilknytte akutfunktionen, når hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for en. hurtig lægefaglig indsats med henblik på at undgå akut forværring i en patients tilstand.

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

14.2. Behandlingsansvar

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

For borgere, hvor hospitalsbehandlingen fortsætter efter udskrivelse fra hospitalet, har hospitalet behandlingsansvaret indtil hospitalsbehandlingen er afsluttet og borgeren kan overgå til almindelig (syge)pleje. Dette gælder hele døgnet. Det er således den til enhver tid vagthavende læge i det udskrivende hospitalsafsnit, der har behandlingsansvaret, så længe den behandling, der er iværksat
eller ordineret af hospitalet, ikke er afsluttet.

Det er udgangspunktet, at ydelsen kan ikke tages for patienter tilknyttet en kommunal akutfunktion, hvor hospitalet fortsat har behandleransvaret. Den behandlingsansvarlige læge på hospitalet kan dog gå i dialog med egen læge fx ved behov for sparring, rådgivning eller tilsyn, mens borgeren er i akutfunktionen. Egen læges kommunikation med akutfunktionen på vegne af den behandlingsansvarlige læge på hospital afregnes med en ydelse 0124.

14.3. Honorering

Kommunikationen – telefonisk, elektronisk eller pr. video – mellem den praktiserende læge og sundhedspersonale i akutfunktionen om en konkret patient honoreres med ydelse 0124. Ydelsen kan afregnes, når der har fundet en lægefaglig vurdering, behandling og/eller opfølgning på behandling sted.

Ydelsen kan højst afregnes to gange pr. dag. Ydelsen kan ikke tages i vagttid.

Ydelse 0124 kan ikke kombineres med følgende ydelser:

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

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

Ydelse 0124 kan også afregnes for patienter diagnosticeret med KOL og/eller diabetes type II, som er tilknyttet kronikerprogrammet, hvilket betyder, at ydelsen ikke er inkluderet i kronikerhonoraret.

15. SYGEBESØG (0411 M.FL.)

Et sygebesøg kan defineres som en situation, hvor lægen eller klinikpersonale aflægger patienten et besøg i dennes hjem eller opholdssted, og hvor patienten får lægelig undersøgelse,

behandling, råd og/eller vejledning. Et sygebesøg er en undtagelse fra hovedreglen om, at undersøgelse og behandling bør foregå i lægens konsultation, jf. Overenskomstens § 46, stk. 1.

Lægen skal tilbyde sygebesøg hvis 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, hvis patienten er bevægelseshæmmet. Besøg aflægges som udgangspunkt ikke uden aftale.

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 lægen ikke er på vagt, aflægge sygebesøg i vagttid til terminale patienter og hjemmefødsler, og afregne med vagthonorar.

Patientens hjem er patientens bopæl og folkeregisteradresse, hvilket også er tilfældet, hvis patienten bor på plejecenter eller midlertidige opholdssted, fx kommunal aflastningsplads, akutplads og lignende.

15.1. Afregningsregler og afstand ved sygebesøg

Afstande ved sygebesøg regnes fra lægens konsultationssted og til patientens bopæl. Ved sygebesøg benyttes ydelserne 0411-0461 afhængigt af antallet af kilometer mellem konsultationssted og bopæl. Ydelse 2301 benyttes ved afstande på mere end 21 km.

Ved sygebesøg afregnes kørselsgodtgørelse efter ydelserne 9001-9002 for alle kørte kilometer.

15.2. Sygebesøg til flere patienter på samme tur

Skal lægen/personalet gennemføre flere sygebesøg på forskellige adresser på samme tur, hvor ruten ikke fører forbi konsultationsstedet, beregnes afstanden for sygebesøget mellem konsultationsstedet og den bopæl, der er længst væk. Øvrige besøg på samme tur afregnes som besøg på ruten med ydelse 0491.

Behandler lægen/personalet flere patienter i samme hjem fx ægtefæller, beregnes der sygebesøgshonorar for én patient. For den næste og de følgende patienter beregnes ydelsen til konsultationstakst, ydelse 0102 (behandling af 2. sikret i samme hjem). Ved besøg i vagttiden honoreres med det konsultationshonorar, som i øvrigt gælder i henholdsvis A-vagten, B-vagten og C-vagten.

Kører lægen/personalet på sygebesøg til flere patienter på fx et plejehjem på samme adresse, afregnes der med et sygebesøg for den første patient og for de efterfølgende patienter med et besøg på ruten, ydelse 0491.

Kører lægen/personalet på sygebesøg til flere patienter på en institution, fx et bosted (ikke plejehjem), på samme adresse, afregnes der med et sygebesøg for den første patient. For den anden og eventuelt efterfølgende patienter afregnes der med ydelse 0102 (behandling af 2. sikret i samme hjem) og et institutionstillæg, ydelse 1208 pr. patient (tillæg til konsultationshonorar til 2. og følgende sikrede ved samme besøg på institution.

15.3 Stedlig læge

Det er udgangspunktet, at lægen/klinikpersonalet skal køre på sygebesøg uanset afstand fra patientens bopæl til lægens konsultationssted, jf. *bekendtgørelsen om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren*. Lægen kan dog konkret aftale med en stedlig læge, at denne aflægger sygebesøg, hvis afstanden mellem praksis og patientens bopæl er ud over 5 km (i København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby) og 15 km i resten af landet.

En stedlig læge modtager et tillæg i form af ydelse 2100 pr. sygebesøg ud over de almindelige ydelser ved sygebesøg.

16. OPSØGENDE HJEMMEBESØG (0121)

Ydelsen opsøgende hjemmebesøg for skrøbelige ældre (normalt over 75 år) er en samtale om patientens situation, og ikke en lægelig kontrol eller et besøg med fokus på et specifikt symptom eller lidelse. Ydelsen foretages efter en konkret individuel vurdering af patienten behov. Forud for besøget skal parterne have afstemt forventningerne til besøget.

Formålet med opsøgende hjemmebesøg er følgende:

- 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.

Aldersangivelsen om, at patienten normalt er over 75 år, er alene vejledende. Det afgørende er, at det drejer sig om en skrøbelig ældre patient med behov for hjemmebesøg.

Ydelsen kan maksimalt udføres én gang årligt pr. patient, uanset om der i løbet af året er foretaget et lægeskift.

Indholdet i et opsøgende hjemmebesøg er beskrevet i en besøgsguide, som må tilpasses patientens individuelle forhold (vedlagt).

Tillægsydelser og laboratorieundersøgelser udført i forbindelse med besøget honoreres i henhold til overenskomstens takster.

Ydelsen kan ikke gennemføres ved klinikpersonale.

Sammen med ydelseshonorar 0121 honoreres kørselsgodtgørelse i henhold til § 82 og tidsforbrugstillæg svarende til § 65, stk. 2, litra c).

En af parterne kan opsige adgangen til honorering af ydelsen 0121, til udløb ved førstkommende genforhandling af overenskomsten.

17. SUNDHEDSTJEK TIL BORGERE PÅ BOTILBUD (0123)

Den praktiserende læge skal tilbyde sundhedstjek til personer på botilbud inden for målgruppen.
Forud for først sundhedstjek til en borger, vil det som udgangspunkt være bostedet der tager kontakt til patientens egen læge, men den praktiserende læge kan også tage initiativet til et sundhedstjek. Der aftales ved første sundhedstjek, hvordan efterfølgende sundhedstjek koordineres. Når den praktiserende læge har ydet sundhedstjek én gang, bør lægen benytte dette som grundlag for sin opsøgende indsats fremover.

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

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

- Afdækning af patientens forhold og introduktion af praksis som tovholder for patientens samlede behandling og behandlingsforløb. Herunder for samarbejde med pårørende og professionelle aktører, fx personale i hjemmesygepleje/botilbud.
- Helbredsundersøgelse og -vurdering mhp. afdækning af somatisk sygdom, herunder om relevant ved brug af laboratorieydelser.
- Status på evt. eksisterende behandling og tilpasning heraf, herunder ajourføring og gennemgang af medicin samt vurdering af compliance.
- Udarbejdelse af en aftale/plan med patienten og pårørende/personale m.v., om indsatsen, så disse er bedre rustet til på egen hånd at hjælpe patienten. Aftalen/planen kan omfatte en forebyggende indsats, en eller flere konkrete behandlingsindsatser eller henvisning m.v.
- Relevante pårørende/personale m.v. orienteres om planen.
- Hvis det er relevant, aftales opfølgende kontakt og/eller faste kontroller.

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

17.1. Målgruppe

Sundhedstjek tilbydes til personer på 18 år og derover, der opholder sig på botilbud, jf. servicelovens §§ 107-108 og botilbud efter almenboligloven med støtte efter Servicelovens § 85, dvs. personer som opholder sig på botilbud på grund af betydelig nedsat fysisk, psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

17.2. Honorering

Sundhedstjek til borgere på botilbud honoreres med ydelse (0123). Der tillægges tidsforbrug ved transport i henhold til overenskomstens § 65, stk. 2 pkt. c, og evt. kørselsgodtgørelse i henhold til § 82.

Ydelsen afregnes udenfor kronikerhonoraret for patienter med KOL og/eller diabetes type 2, ligesom det gælder ydelse 0121 i øvrigt. Relevante tillægsydelser og laboratorieundersøgelser kan afregnes samtidig med sundhedstjekket.

18. ABORTSTØTTESAMTALE (0122)

Der kan afholdes én støttesamtale før og én støttesamtale efter et abortindgreb/en fosterreduktion. Ydelsen kan ikke tilbydes til mænd.

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 element i samtalen kan være vejledning om de forskellige præventionsmidler, som kvinden kan anvende for at undgå fremtidige uønskede graviditeter.

Ved svangerskabsafbrydelser efter 12. uge skal kvinden oplyses om muligheden for at kunne blive henvist til akut psykologhjælp både før og efter indgrebet med tilskud fra det offentlige.

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). Ydelsen kan ikke kombineres med tillægsydelse 2142 vedr. vejledning om svangerskabsforebyggende metoder.

19. KONSULTERENDE SAMTALE TIL BØRN OG FAMILIER (0128)

Almen praksis finder – på baggrund af opgørelser fra regionerne kombineret med data i klinikken – de børn/familier, hvor børn i alderen 1 til 5 år ikke er set til en eller flere børneundersøgelser, og kontakter udeblevne familier hvor den manglende børneundersøgelse antages at skyldes mangel på ressourcer m.v. Hvis det vurderes relevant, tilbydes barnet/familien en konsulterende samtale i direkte forlængelse af børneundersøgelsen.

Vurderingen af, hvad der tilbydes det enkelte barn/familien sker på baggrund af en individuel og konkret vurdering med baggrund i lægens (manglende) kendskab til familien og de informationer, som fremgår af patientjournalen, og den opsøgende kontakt til familien. De forhold, som bør indgå i den konkrete vurdering for brug af den konsulterende samtale er, om der er

forhold eller udfordringer i hjemmet/familien af betydning for barnets trivsel, fx sygdom i familien, skilsmisse, arbejdsmarkedstilknytning/økonomi, misbrugsproblemer, m.v.

19.1. Ydelsesindhold

I den konsulterende samtale benyttes relevante samtaleteknikker, som bl.a. skal give rum for information om barn/familien i forhold til familiens oplevelser, erfaringer og ressourcer. Lægen skal med baggrund heri motivere til indsatser og handlemuligheder, som kan påvirke barnets trivsel. Som en del af sidstnævnte indgår, at lægen og familien drøfter de muligheder, som bl.a. sundhedsplejen eller andre aktører, kan bistå med.

Den praktiserende læge bør, hvis det er relevant, aftale en opfølgende konsultation i forhold til konkret sygdom/problemstillinger hos barnet/familien, som adresseres som led i børneundersøgelsen og den konsulterende samtale, med henblik på at skabe grundlag for bedre kontakt med barnet/familien fremadrettet. Endelig kan den praktiserende læge iværksætte yderligere kontakt til kommunen om forhold for børn/forældrene således at de børn/familier, som har behov, får mulighed for at få en understøttende indsats.

19.2. Honorering

Den konsulterende samtale til børn og familier er en grundydelse, der honoreres i henhold til overenskomsten. Ydelsen kan alene tages sammen med en børneundersøgelse efter Profylakseaftalen. Børneundersøgelsen honorerpå sædvanlig vis i henhold til Profylakseaftalen.

20. SAMTALETERAPI (6101)

Samtaleterapi skal gennemføres som et forløb mellem lægen og patienten, og det er derfor ikke muligt at bruge samtaleterapi som enkeltstående ydelse. Gennemføres en længere enkeltstående samtale med en patient, honoreres dette som en almindelig konsultation. Hvis der ikke inden for seks måneder efter første samtaleterapi er udført endnu en samtaleterapi, har betingelserne for at honorere ydelsen samtaleterapi ikke været opfyldt, og regionen kan konvertere ydelserne til en konsultationsydelse 0101 med tilbagevirkende kraft.

Øvrige krav til samtaleterapiydelsen er beskrevet i overenskomstens § 61. 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.

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.

En patient kan tage en eller flere bisiddere med til samtaleterapi i almen praksis. Lægen kan i sådanne situationer tage ydelse 6201 i tillæg pr. ekstra person (max tre personer). Tillægget afregnes på den/de ekstra persons/personers CPR-nummer.

Til samtaleterapi 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 samtaleterapiydelser på samme patient samme dag.

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.

21. KRONIKERPROGRAMMET

I henhold til Program for KOL og diabetes type 2 har almen praksis behandlingsansvar for alle patienter som er tilmeldt praksis, og som er diagnosticeret med KOL og diabetes type 2.

Programmet indeholder tre ydelser som honoreres med et fast årshonorar:

- 0130 Kronikerhonorar for patienter diagnosticeret med KOL
- 0131 Kronikerhonorar for patienter diagnosticeret med diabetes type 2
- 0132 Kronikerhonorar for patienter diagnosticeret med KOL og diabetes type 2

Som udgangspunkt varetager almen praksis den største del af behandlingsansvaret for patienter med en eller begge af de to diagnoser. Opgaveomlægningen skal sikre, at patienter oplever mere sammenhængende behandlingsforløb, hvor behandling af de kroniske sygdomme tænkes sammen med patientens øvrige sygdomsbillede. De praktiserende læger sikres samtidigt mere frie rammer i deres arbejdstilrettelæggelse bl.a. ressourcer kan målrettes, hvor der er mest behov.

Behandling og opfølgning af patienter med KOL og diabetes type 2 følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer. På baggrund heraf tilrettelægger lægen et individuelt behandlingsforløb for patienten. For patienter, hvor det er relevant, opretter, udfylder og anvender lægen/personalet i samarbejde med patienten en individuel forløbsplan. Forløbsplanerne anvendes som værktøj til at inddrage patienterne så de sikres et overblik og viden om forløbet og behandlingen, samt gives det bedste grundlag for egenomsorg i behandlingen. Patienten kan tilgå forløbsplanen på sundhedsmappen.dk og via Min læge app". Patienten kan også komme frem til sundhedsmappen.dk via sundhed.dk, men aktuelt ligger planer ikke på sundhed.dk.

21.1. Ydelser omfattet af kronikerhonoraret

Ydelserne 0130-0132 honoreres med et fast årshonorar (kronikerhonorar for KOL, kronikerhonorar for diabetes type 2 og kronikerhonorar for patienter med begge diagnoser), som udbetales i månedlige rater. For en patient med en eller begge diagnoser er følgende ydelser inkluderet i kronikerhonoraret uanset om henvendelsen vedrører den kroniske sygdom eller en anden helbredsmæssig problemstilling:

- Årsstatus (0120)
- Konsultation (0101)
- Telefonkonsultation (0201)
- E-mailkonsultation (0105)

- Videokonsultation (0125)
- Aftalt telefonkonsultation (0204)

Følgende ydelser er ikke omfattet af kronikerhonoraret:

- Samtaleterapi (6101/6201)
- Sygebesøg (0411-0461)
- Tillægsydelser
- Profylakseydelser
- Laboratorieydelser
- Opsøgende hjemmebesøg (0121)
- Videokonference (0126)
- Sundhedstjek til borgere på botilbud (0123)
- Lægefaglig vurdering af patienter tilknyttet kommunal akutfunktion (0124)
- Diverse lokalaftaler

21.2. Generelt om henvisning til hospitalsbehandling

Hospitalsbehandling af KOL og diabetes skal betragtes som undtagelsen i behandlingen af patienter, som almen praksis har behandlingsansvaret for, og som er omfattet af kronikerydelserne.

Der kan være situationer, hvor der er behov for at henvise. Det er her en forudsætning, at den praktiserende læge har haft en dialog med relevant hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den rette specialistopbakning. Her kan fx være tale om patienter med svære exacerbationer eller forværring af multiple komplikationer med komorbiditet.

Uanset henvisningsårsag kan lægen henvise akut uden forudgående kontakt til specialist på hospitalet.

Patienten skal allerede ved henvisningstidspunktet forberedes på, at behandlingen skal overgå til almen praksis igen, når der ikke længere er behov for hospitalsbehandling. Hospitalet skal også informere patienten, når den praktiserende læger overtager behandlingsansvaret.

For patienter med KOL eller diabetes type 2, og med behov for specialistbehandling, som ikke skyldes deres kroniske lidelse, gælder eksisterende henvisningsaftaler. Her er almen praksis fortsat behandlingsansvarlig læge i forhold til behandling af KOL eller diabetes type 2.

21.3. Generelt om personale og kompetencer

Det er lægens ansvar at sikre at praksis har den rette organisering og de rette kompetencer til at varetage behandlingen af den samlede population af de kroniske patienter i praksis.

21.4. Definition og undtagelser for KOL-patienter

Diagnosen er stillet på baggrund af ryge- og erhvervsanamnese, symptomer samt spirometrifund. Ved spirometri måles FEV1 og FVC (eller VC), og herefter foretages en beregning af

FEV1/FVC % samt af FEV1 i % af forventet værdi. KOL-diagnosen forudsætter, at man påviser FEV1/FVC < 70 % efter bronkodilatation.

Følgende grupper er undtaget, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalerne:

- Patienter i GOLD gruppe D, som har hyppige eksacebertationer (2 eller flere)
- Patineter hvor KOL er kompliceret som følge af svære udvidelser på bronchiegrenene (bronkieektasier)
- Patienter med meget svær nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 % af forventet), specielt hvis de er potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenreducerende terapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension.
- Patienter hvor man overvejer eller har iværksat behandling med non-invasiv ventilation (NIV) i hjemmet.

For patienter i langtids-hjemmeiltbehandling er hospitalet ansvarlig for iltbehandlingen, mens almen praksis er ansvarlig for den øvrige del af KOL-behandlingen.

21.4. Definition og undtagelser for diabetes type 2-patienter

Almen praksis har behandlingsansvar for alle patienter, der er tilmeldt praksis, og som er diagnosticeret med type 2 diabetes. Diagnosen er stillet ved måling af Hba1c hvor en værdi ≥ 48 mmol/mol (6,5 %) er den diagnostiske grænse for diabetes type 2.

Følgende grupper er undtaget, hvor behandlingsansvaret ligger hos hospitalerne:

- Indlagte patienter med diabetes type 2
- Gravide med diabetes
- Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati (proliferativ og maculopati)
- Patienter med tendens til hypoglykæmi.

21.5. Vejledning om afregning ved flytning og ændring af sygdomsstatus

Praksis registrerer som vanligt i eget afregningssystem alle leverede ydelser på kronikerhonorar-patienter, selvom en række grundydelser er indeholdt i kronikerhonoraret.

Ydelserne 0130-0133 er såkaldte 0-ydelser, som lægepraksissystemerne automatisk registrerer og indsender til regionen. Der sker ikke ydelseshonorering for disse seks ydelseskoder (0120, 0101, 0201, 0105, 0125 og 0204), ved afregning, idet aktiviteten dækkes honoreringsmæssigt af det faste kronikerhonorar, som udbetales månedligt.

Øvrige ydelser afregnes som enkeltydelser på helt vanlig vis, dvs. at øvrige ydelser fortsat indebærer aktivitetsbaseret honorering.

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

Det kan ske, at en kroniker skifter status. Her gælder følgende regler:

- *Patient uden KOL eller diabetes type 2 bliver diagnosticeret med én eller begge af sygdommene:*
  Ved første kontakt efter diagnose afregnes med relevant kronikerydelse (0130-0132).

- *Patient med enten KOL eller diabetes type 2 bliver efterfølgende diagnosticeret med begge sygdomme:*
  Ved første kontakt efter ny diagnose afregnes 0132 (patient med KOL og diabetes type 2).

- *Patient med KOL eller diabetes type 2 raskmeldes:*
  På dagen for kontakten, hvor patienten konstateres rask, afregnes en 0133 (lukkeydelse). Ved efterfølgende kontakter anvendes de sædvanlige ydelseskoder med de honorarer som er beskrevet i overenskomsten.

- *Behandlingsansvaret for en patient overgår til hospitalet:*
  På dagen for henvisning afregnes en 0133. Ved efterfølgende kontakter anvendes de sædvanlige ydelseskoder med de honorarer som er beskrevet i overenskomsten.

22. SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE YDELSERNE 3201 OG 3304

Det socialmedicinske samarbejde er reguleret i Overenskomstens § 65.

22.1. Formålet med ydelserne om socialmedicinsk samarbejde

Det socialmedicinske samarbejde har til formål at sikre en sammenhængende indsats om sygdom/helbredsforhold og sociale forhold mv. Opgaven er således at udrede en konkret patients situation samtidig med, at patienten oplever, at de relevante aktører arbejder sammen for at finde brugbare løsninger og en fælles indsats for den pågældende borger. Formålet er desuden, at parterne aftaler nødvendig opfølgning og forebyggende tiltag, som kan forhindre forværring eller uønskede tilbagefald i patientens situation.

22.2. Patientmålgruppen

De socialmedicinske ydelser kan alene benyttes i forbindelse med vurderingen af en konkret patients situation. Det betyder, at ydelserne ikke kan tages i forbindelse med en generel drøftelse om socialmedicinske problemstillinger eller lignende. Patienten skal være tilmeldt lægen som gruppe 1- sikret.

Patientgruppen, som samarbejdet angår, vil ofte – men ikke altid - have et kompliceret sygdomsbillede, som fx flere lidelser, misbrugsproblemer eller psykiske diagnoser mv., hvor kompleksiteten kan være grundlaget for en samtale mellem aktørerne.

Det er en forudsætning, at der er tale om en social situation, som påvirker patientens fysiske og/eller psykiske helbred negativt og en del af problemstillingen skal således være indenfor det almen medicinske område.

22.3. Ydelsens indhold

Samarbejde som kan udløse socialmedicinske ydelser, kan fx angå en borgers helbred i sammenhæng med arbejdsprøvning eller fx adgang til kommunale tilskud. Socialmedicinsk samarbejde kan således angå et bredt udsnit af en kommunes områder såsom social- og sundhedsforvaltningen, beskæftigelsesforvaltningen osv. Det er afgørende for brugen af ydelserne, at der er et socialmedicinsk element i problemstillingen, hvilket betyder, at samtalen fx kan være et led i en social udredning.

De socialmedicinske ydelser omfatter telefonisk henvendelse til og fra lægen og lægens deltagelse i møder.

Telefonsamtaler om socialmedicin kan fx være nødvendige, hvis parterne har behov for at afklare den rette indsats over for en borger i en sårbar familie eller hvis en patient med fx misbrugsproblemer udebliver fra aftaler.

Det er en forudsætning, at de telefoniske henvendelser til lægen omhandler socialmedicinske problemstillinger og tilrettelægges på en sådan måde, at gentagne telefoniske henvendelser reduceres i videst muligt omfang.

Møder om socialmedicinske problemstillinger vil ofte være relevante, hvis en patient er igennem et længere forløb, og der fx ikke er fremdrift i udviklingen, og nye initiativer skal planlægges. Et møde kan godt involvere mange parter (patienten, pårørende, lægen, flere kommunale/regionale medarbejdere). Det socialmedicinske samarbejde skal i videst muligt omfang tilrettelægges under hensyntagen til lægens mulighed for fremmøde og den tidsmæssige belastning af lægen.

Det er en forudsætning for afholdelse af et socialmedicinsk møde, at der er kommunal og/eller regional deltagelse.

Møderne kan foregå i lægens konsultation, i Social- og sundhedsforvaltningen i kommunen, **på video** eller på patientens arbejdsplads.

22.4. Initiativ til samarbejde

En relevant medarbejder hos kommunen/regionen kan initiere det socialmedicinske samarbejde med patientens læge. Det kan være både administrativt personale og sundhedsfagligt plejepersonale i kommuner og regioner, der varetager sociale og sundhedsmæssige opgaver. Lægen har ikke pligt til at deltage i socialmedicinsk arbejde, men lægen tilstræber deltagelse.

Lægen kan også henvende sig til kommunen, hvis lægen skønner, at en kommunal indsats er påkrævet, eller lægen finder at en dialog er af væsentlig betydning for en personsag. Da ydelserne kræver et vist kendskab til patientens samlede situation, vil det høre til undtagelserne, at en læges stedfortræder kan tilbyde socialmedicinsk samarbejde.

Eksempler på ikke-socialmedicinsk samarbejde

Samtaler om konkrete patienters helbredsmæssige problemer eller behandlingsforløb mellem lægen og fx hjemmeplejen eller sygehuset er ikke socialmedicinsk samarbejde, da de vedrører

behandling. Sådanne honoreres som om, at patienten selv har henvendt sig. Lægernes almindelige attestarbejde kan ikke erstattes af socialmedicinsk samarbejde og telefoniske henvendelser skal derfor ikke anvendes til at indhente oplysninger, der normalt indhentes via attester aftalt i det sociallægelige samarbejde. Men der kan godt initieres en socialmedicinsk samtale i forbindelse med sagsbehandling om fx en patients arbejdsduelighed, prognose, mv.

23. YDELSER I VAGTTID

Det er ikke alle grundydelser, der kan tages i vagttid. Listen er afgrænset i § 73. Det følger af § 62, stk. 2, at en række tillægsydelser ikke kan tages i vagttid. Tilsvarende følger det af § 79, stk. 3, at der er en række laboratorieydelser, der ikke kan tages i vagttid.

23.1. Afregning af sygebesøg i vagttid

Når der holdes sen konsultation, jf. overenskomstens § 45, stk. 2, kan der ikke tages vagttidsydelser.
Ved sygebesøg, der er aftalt i dagtid, afregnes der med dagtidshonorar selv om besøget først aflægges efter dagens udløb. Der kan afregnes med vagthonorar, hvis det drejer sig om pludseligt opstået eller forværret sygdom eller ulykkestilfælde der nødvendiggør, at lægen aflægger et sygebesøg der aflægges efter dagtids udløb.

Læger der ikke er på vagt i Lægevagten kan tage vagttidshonorar, hvis de aflægger sygebesøg til terminalpatienter eller ved hjemmefødsler i vagttid.

Behandler en læge flere patienter i sammen hjem i vagttid, honoreres med sygebesøg (0471), eventuelt tillægstakst over 10 kilometer (2302) for 1. patient og det konsultationshonorar, som gælder i enten A-, B- eller C-vagten for 2. og yderligere patienter.

23.2. Videoløsninger i lægevagten

Parterne er enige om, at der i alle regioner indføres permanente videoløsninger i lægevagten i den kommende overenskomstperiode. Formålet er at forbedre tilgængeligheden for borgerne via videokonsultation og reducere antallet af sygebesøg, der foretages af lægevagten, hvis en problemstilling i stedet for kan håndteres forsvarligt via en videoløsning. Videokonsultation i lægevagten er som udgangspunkt forvisiteret i lighed med en almindelig fysisk konsultation i lægevagten. Det bør være muligt for vagtlægen under en telefonkonsultation at foreslå en videoløsning, hvis lægen vurderer, at der er faglig indikation herfor.

Løsningerne skal være it-sikre, moderne og overholde gældende lovgivning, herunder GDPR.

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

24. TILLÆGSYDELSER

Tillægsydelser anvendes, hvor diagnostiske eller behandlingsmæssige procedurer har et sådant omfang, at overenskomstens parter anser dem 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. Hvorvidt der er behov for en diagnostisk eller behandlingsmæssig procedure, baserer sig på en lægefaglig vurdering.

Tillægsydelser er knyttet til konsultationer, sygebesøg og i begrænset omfang til andre kontaktydelser. En tillægsydelse kan derfor ikke gives, uden den er knyttet til en grundydelse.

Ved samme konsultation eller sygebesøg mv., kan der gives flere tillægsydelser, hvis dette er relevant i forhold til den givne diagnostik og behandling.

Tillægsydelser kan anvendes i såvel dagtid som i vagttid.

2101. Blodtagning fra blodåre

Ydelse 2101 afregnes ved blodprøvetagning, når prøven sendes til Statens Serum Institut eller godkendt laboratorium.

Sendes blodprøven flere forskellige steder hen, 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 ydelse 2101.

Anvisninger og aftaler om kvalitetssikring 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 retningslinjer, der er aftalt i regionen og tiltrådt af Samarbejdsudvalget.

Ved mistanke om maligne forandringer, skal der henvises til gynækolog mhp. kolposkopi. Prøven skal tages med de utensilier, der anbefales af regionen. Prøven skal være velfikseret og patienten skal tydeligt kunne identificeres af modtageren af prøven.

Ydelsen kan anvendes til kvinder, der har fået fjernet hele livmoderen inklusiv portio, hvis disse i øvrigt opfylder de gældende retningslinjer for screening.

Ydelsen bør som udgangspunkt ikke anvendes hyppigere end de anbefalede intervaller. Rekommandationerne kan variere fra region til region.

Smear er uegnet ved gynækologiske symptomer f.eks. inflammatoriske tilstande.

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, og afregnes derfor særskilt med kommune/region.

Ydelsen kan anvendes både i diagnostisk og i terapeutisk øjemed.

Fjernelse af eksisterende kateter med indlæggelse af et nyt kateter giver ret til tage ydelsen.

2105. Fjernelse af fremmedlegeme fra øje, øregang, næse og svælg

Ved fremmedlegemer forstås udefra kommende genstande i øjne, svælg, næse, ører. Ydelsen kan kun afregnes én gang, uanset om der i samme konsultation fjernes et eller flere fremmedlegemer.

2107. Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl

Ved fremmedlegemer forstås udefra kommende genstande 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 (hoved/hals, arme, ben, abdomen, bryst, ryg). Der kan ske flere afregninger, hvis der fjernes fremmedlegemer i forskellige regioner (hoved/hals, arme, ben, abdomen, bryst, ryg).

Ydelsen kan ikke tages ved suturfjernelse eller fjernelse af spiral.

2108. Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk

Ydelse 2108 afregnes ved næsetamponade, eller standsning af blødning efter tandudtræk, uanset om der benyttes forreste eller bageste tamponade. Der kan kun tages én ydelse, uanset om der lægges tamponade i begge næsebor.

Ved behandlinger, hvor det ikke lykkes at stoppe blødningen, er lægen berettiget til honorar for det, ligesom ved senere forsøg i forbindelse med en ny konsultation.

2109. Anlæggelse af immobiliserende bandager

Immobiliserende bandager omfatter bandagering over mindst ét led ved anvendelse af gips, skinner eller elastikbind. Anlæggelse af aflastende forbindinger, der ikke immobiliserer ledet (f.eks. sportstape) 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, hvis der er tale om immobiliserende bandagering. Efterfølgende behandlinger ved anlæggelse af immobiliserende bandagering for f.eks. skinnebenssår afregnes kun med ydelse 2109.

2111. Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led

Ydelsen omfatter knoglebrud, der ikke er omfattet af ydelse 2122 (skinneben, lår, over- eller underarm).

Ydelse 2111 omfatter fiksation og eventuelt reposition af bruddet eventuelt med henblik på transport til videre behandling på sygehus.

Ved mindre ledskred forstås luksation og subluksation, dvs. hvor leddene har bevæget sig ud af det naturlige leje med heraf følgende ophørt eller nedsat bevægelighed i leddene. Mindre ledskred efter ydelse 2111 kan ikke anvendes ved fod, knæ, hofte, albue eller skulder, som alle er omfattet af 2123.

Ydelsen 2111 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.

Alene manipulationsbehandling, herunder afhjælpning af stivhed i irriterede eller blokerede led er ikke omfattet af ydelsen.

2112. Første behandling af større sår

Der er ikke nogen præcis definition af, hvad et større sår er. For at kunne tage ydelsen skal behandlingen være så omfattende, at den ikke kan forventes givet inden for en almindelig konsultations rammer.

Behandlingen af større sår indebærer fx oprensning af såret, fjernelse/afklipning af nekrotisk væv for at sikre vitale sårrande og suturering eller anden adaptering af sårrande.

Opfølgende sårrevision og behandling, herunder suturfjernelse eller forbindingsskift er ikke omfattet af denne ydelse, men honoreres med ydelse 0101. Behandling af hypergranulation er heller ikke omfattet af ydelsen.

2113. Biopsi med efterfølgende mikroskopisk patologisk undersøgelse inklusiv forsendelse

Ydelsen angår vævsprøve af hud eller underliggende væv eller andre organer, der sendes til diagnostisk undersøgelse på patologisk afdeling. Tages der flere biopsier fra forskellige regioner (hoved/hals, arme, ben, abdomen, bryst, ryg) kan ydelsen afregnes flere gange.

Ydelsen forudsætter forsendelse.

2115. Fjernelse af negl

Neglen skal være fikseret i sit leje, så det kræver et kirurgisk indgreb under lokalbedøvelse at fjerne neglen.

Der gives en tillægsydelse for hver negl, der fjernes.

2117. Fjernelse af subkutane eller dybere liggende svulster inklusiv eventuel forsendelse

Fjernelse af hudtumorer er omfattet af ydelsen, hvis lægen fjerner tumor i sundt væv til siderne og i dybden.

Hvis materialet sendes til patologisk undersøgelse, er forsendelsen omfattet af ydelsen.
Der kan tages flere 2117, hvis der sker fjernelse i flere separate områder.

Forsendelse er ikke nødvendig for, at ydelsen kan benyttes (f.eks. ved ateromer og lipomer).

Fjernelse af en vorte kan kun udløse ydelse 2117, hvis det foregår ved total fjernelse/afskæring og dybdebehandling af større vorte med skarpske eller skalpel efter forudgående lokalanæstesi.

Overfladebehandling af vorter med frysning, pensling eller lignende honoreres ikke.

2118. Operation for dybereliggende betændelse

For at kunne tage ydelse 2118 skal der foretages et kirurgisk indgreb, der omfatter betændelse i subkutane eller dybereliggende væv og med udtømning eller åbning til byld eller betændelsesvæv.

2119. Tapning af væskeansamling fra større led

Ved større led forstås leddene fra håndled til skulderled og fra fodled til knæled. Tapning indebærer, 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 ved patologisk undersøgelse, er forsendelse inkluderet i ydelsen.

Ydelsen kan ikke anvendes, hvor der udelukkende er tale om injektion i leddet (indsprøjtning).

2120. Venesectio 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 venesectio (åreladning).

2121. Andre betydelige operationer

Herved forstås operative indgreb, der ikke er omfattet af andre tillægsydelser, 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. Fx kan vabrasio eller indgreb ved nedgroet negl (kileresektion) være omfattet af ydelsen.

2122. Første behandling af brud af skinneben, lår, over- eller underarm

Første behandling omfatter fiksation og eventuelt reposition af bruddet eventuelt med henblik på transport til videre behandling på sygehus.

Mindre knoglebrud, det vil sige - ikke skinneben, lår, over- eller underarm, er ikke omfattet af ydelsen. I stedet kan anvendes ydelsen 2111.

2123. Reposition af store ledskred som fod, knæ, hofte, albue eller skulder

Reposition anvendes, hvor der foreligger luksation eller subluksation, dvs. hvor ledender har bevæget sig ud af det 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 ledskred end de her anførte. I stedet kan eventuelt anvendes ydelse 2111.

2124. Behandling af store udbredte læsioner eller forbrændinger

Behandlingen af læsionerne eller forbrændingerne har et sådant omfang, at ydelsen ikke kan gennemføres indenfor en normal konsultations rammer. Behandlingen omfatter sårrevision/oprensning af såret og forbinding.

Efterfølgende skift af forbindinger ved senere konsultation er ikke omfattet af ydelsen.

Der kan afregnes flere ydelser, hvis læsionerne eller forbrændingerne omfatter flere større regioner (hoved/hals, arme, ben, abdomen, bryst og ryg).

2125. Oplivningsforsøg, herunder iltbehandling ved livstruende tilstande

Ydelsen gives ved aktiv genoplivning ved hjertestop eller respirationsstop.

Ved samtidig eller efterfølgende patientledsagelse i ambulance anvendes desuden ydelse 2201 (tillæg for patientledsagelse og rejsetillæg til øer, hvor der ikke er bosat læger, dagtid) eller 2502 (ydelsen i A-, B- og C-vagt i vagttid).

2131. Ligsyn med indberetning af dødsattest (side 1 og side 2)

Ydelsen kan kun anvendes ved udfyldelse af den godkendte formular fra Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem. Ligsyn uden attest er ikke omfattet.

Ydelse 2131 benyttes typisk, hvor den afdøde patients egen læge udfylder begge sider i dødsattesten.

Der ydes tillige normalt honorar for sygebesøg.

2134. Ligsyn med indberetning af dødsattestens side 1

Ydelse 2134 kan kun anvendes ved udfyldelse af den godkendte formular fra Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem. Ligsyn uden attest er ikke omfattet.

Ydelse 2134 benyttes typisk, hvor fx vagtlægen eller stedfortræder for egen læge tilkaldes til et dødsfald. Vagtlægen/stedfortræder for egen læge udfylder side 1 i dødsattesten, og egen læge udfylder typisk side 2.

Der ydes tillige normalt honorar for sygebesøg.

2135. Indberetning af dødsattestens side 2 inklusiv forsendelse

Ydelsen kan kun anvendes ved **indberetning** af den godkendte formular fra Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem.

Ydelse 2135 benyttes typisk, hvor fx en anden læge end patientens egen (vagtlæge/stedfortræder for egen læge/stedlig læge m.fl.), har udfyldt dødsattestens side 1 – typisk uden for dagtid – og egen læge derefter udfylder side 2.

Der ydes tillige honorar for konsultation med ydelse 0101.

2137. Udtagelse og forsendelse af implanterede stimulatorer og pumper

Ydelse 2137 anvendes, når afdøde, der har implanteret pacemaker eller pumpe til indgift af medicin skal have denne fjernet inden evt. ligbrænding. Ydelse 2137 omfatter fjernelse af stimulator eller pumpe på afdøde og inkluderer forsendelse af den til den hospitalsafdeling, der har indlagt stimulator eller pumpe, med oplysning om hvem, den er fjernet fra.

Tillægsydelsen kan maksimalt anvendes to gange, hvis der fjernes mere end ét implantat.

2133. Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver

Ydelse 2133 anvendes, når materiale sendes til mikrobiologisk laboratorium, herunder når der sendes urin til dyrkning og resistensbestemmelse for bakterier.

Ydelsen kan ikke anvendes, hvor den videre diagnosticering foregår i eget laboratorium. Indsendes flere prøver afregnes der pr. prøve.

2142. Vejledning i svangerskabsforebyggende metoder ved første henvendelse fra patienten eller ved overgang til anden svangerskabsforebyggende teknik

Ydelse 2142 omfatter rådgivning, der inkluderer oplysning om fordele, ulemper og bivirkninger ved mulige svangerskabsforebyggende teknikker samt eventuel gynækologisk undersøgelse og måling af blodtryk.

Skift fra et hormonpræparat til et andet indenfor samme præparatgruppe er ikke omfattet af denne ydelse. Ved indlæggelse af spiral anvendes ydelse 2144.

Hvis patienten ikke er tilmeldt lægen, og der i regionen ikke er 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

Ydelse 2143 omfatter rådgivning/vejledning, der inkluderer oplysning om fordele, ulemper og bivirkninger ved svangerskabsafbrydelse og/eller sterilisation for både mænd og kvinder i henhold til gældende retningslinjer og lovgivning.

Hvis patienten ønsker svangerskabsafbrydelse, skal der oplyses om de muligheder, der foreligger ved gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel i henhold til gældende retningslinjer og lovgivning. Desuden omfatter det en undersøgelse.

Ved vejledning om svangerskabsafbrydelse/fosterreduktion skal der mundtligt og skriftligt vejledes om kvindens mulighed for at modtage støttesamtaler før og efter indgrebet.

2144. Vejledning i benyttelse af svangerskabsforebyggende metoder ved indlæggelse af spiral

Brug af ydelse 2144 omfatter vejledning, gynækologisk undersøgelse og indlæggelse af spiral.

Eventuel klamydiapodning foretages og afregnes særskilt.

Udgiften til spiralen er ikke omfattet af ydelsen, og afholdes af patienten.

Er patienten ikke tilmeldt lægen i en region, hvor der ikke foreligger et alternativt vejledningstilbud til familielægens tilbud, skal ydelse 8292 anvendes i stedet for ydelserne 0101 og 2144.

2149. Diagnosticering, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests

Tillægsydelsen skal anvendes til diagnosticering og monitorering af demens, angsttilstande og depression**. BASIC (Brief Assessment of Impaired Cognition,**MMSE test og »urskivetest« kan 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 Angstskala anvendes. Når der foreligger en ny anbefaling fra de almenmedicinske faglige miljøer, vil denne umiddelbart kunne anvendes.

Tillægsydelsen kan anvendes sammen med konsultation (0101), videokonsultation (0125), aftalt telefonkonsultation (0204) og med årsstatus (0120) samt med samtaleterapi (6101/6201).

Såfremt der udføres flere tests, kan tillægsydelsen honoreres op til to gange ved samme konsultation.

2150. Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse

Der kan på baggrund af en opsøgende indsats ydes en 2150 som led i en konsultation (0101) eller en årsstatus (0120) til en afgrænset målgruppe. Om der benyttes en konsultation eller en årskontrol, afhænger af hvorvidt patienten opfylder kriterierne for en årsstatus i henhold til ydelsesbeskrivelsen af denne, og findes det ikke at være tilfældet, benyttes en almindelig konsultation.
Ydelsen er en lægeforbeholdt ydelse.

Målgruppe

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

1. Patienter mellem 18 og 60 år med svær, kronisk psykisk sygdom, som er defineret som patienter med skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom, hvor diagnosen er stillet på psykiatrisk sygehusafdeling eller hos privatpraktiserende speciallæge i psykiatri, samt er i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin i større doser.

2. Øvrige patienter på 18 år og derover med diagnosticeret psykisk sygdom som f.eks. alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD, hvor den praktiserende læger konkret vurderer, på baggrund af sygdommens alvor og patientens livsforhold (f.eks. isolation eller manglende arbejdsmarkedstilknytning), at patienterne er i risiko for at have uopdagede somatiske sygdomme, misbrug og/eller betydelig mistrivsel, som patienten ikke selv kontakter almen praksis med.

Patienter med psykisk sygdom på botilbud er omfattet af det aftalte sundhedstjek (0123), hvorfor ydelse 2150 ikke finder anvendelse for beboere på botilbud.

Opsøgende indsats

Almen praksis yder som af ydelsen en opsøgende indsats overfor de to målgrupper, da patientgruppen ofte ikke alle selv vil kontakte almen praksis for hjælp. Den opsøgende indsats vil afhænge af den konkrete målgruppe.

For patienter i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin laver almen praksis opgørelse via klinikdata, fx ved at trække lister over aktive brugere af antipsykotisk medicin, som løbende opdateres, dels med ny patienter, dels i forhold til indsats og eller kontakt. Lægen kan hos datakonsulenter i regionen
søge hjælp til at trække sådanne lister. Lægen opretter en indkaldelsesliste og markerer i patienternes journaler, at patienten er i målgruppen for en fokuseret somatisk undersøgelse. Enten kontaktes
patienten telefonisk, eller også aftales en undersøgelse, når patienten møder i anden anledning.

Kommunale tilbud eller andre aktører kan ligeledes kontakte almen praksis på vegne af patienter med psykisk sygdom med henblik på at aftale tid til fokuseret somatisk undersøgelse.

Ligeledes kan almen praksis anmode om hjælp til kontakt af en patient, såfremt patienten er i kontakt med den pågældende aktør/kommunale tilbud. Regionerne vil i tillæg hertil afsøge mulighederne for at udarbejde systematiske
lister over relevante patientgruppe.

For øvrige patienter med psykisk sygdom, der ikke er ordineret Litium eller antipsykotisk medicin, vil det ikke være en mulighed at udarbejde systematiske lister med baggrund i medicinbrug. Lægen skal derfor i sin opsøgende indsats have særligt fokus på at opspore relevante patienter via journal, herunder i form af
bl.a. udskrivningsoplysninger fra sygehusene og/eller kendskab til patienten, f.eks. i forbindelse med konsultation/møder af andre årsager og ved ordination af medicin, herunder psykofarmaka.

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

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

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

Ydelsesindhold

Den fokuserede somatiske undersøgelse omfatter:

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

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

elektronisk fremsender behandlingsplanen og forebyggende rådgivning til både pårørende/støtteperson og patient.

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

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

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

2161. Anvendelse af 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 eller patienten i henhold til gældende regler.

Tillægsydelsen kan afregnes i forbindelse med en konsultation (0101), årsstatus (0120), samtaleterapi (6101/6201), abortsamtalte (0122), videokonsultation (0125) og aftalt telefonkonsultation (0204).

25. LABORATORIEUNDERSØGELSER

Laboratorieundersøgelser udføres, når det er lægefagligt begrundet i forbindelse med diagnostiske eller behandlingsmæssige procedurer. Undersøgelser, der ikke er fagligt begrundede honoreres ikke.

Hvis en laboratorieundersøgelse gennemføres sammen med en konsultation eller en anden kontaktydelse honoreres der for både grunydelsen og for laboratorieundersøgelsen. Gennemføres der ikke en kontaktydelse i forbindelse, honoreres der alene for laboratorieundersøgelsen.

Kvalitetskontrol
Overenskomstens parter er enige om, er der med henblik på at sikre den tekniske såvel som den faglige kvalitet af laboratorieundersøgelser, der udføres i almen praksis, er der indført kvalitetssikringsordninger i alle regioner, jf. noten til Overenskomstens § 79 vedr. bestemmelse om kvalitetssikring.

Laboratorieydelserne forudsætter, at det anvendte medicotekniske udstyr lever op til de til enhver tid gældende lovgivningsmæssige krav. Er en ydelse omfattet af det regionale kvalitetssikringsprogram er det en forudsætning, at ydelsen udføres i henhold hertil.

7101. Urinundersøgelse ved stix

Indikationer

Urin-stix anvendes ved screening for sygdomme eller ved direkte mistanke om en af følgende sygdomme:

- Urinvejsindikation
- Polypper, sten eller cancer i nyrer eller urinvejene
- Nyresygdom
- Diabetes
- Graviditetskomplikation

Prøvetagning og procedure

Det er bedst at bruge en morgenurin, eller en urin som har stået i blæren i 4-6 timer.

En forurening af urinprøven med eksterne bakterier i forbindelse med prøvetagningen kan give falsk positive resultater, hvis prøven står længere tid. Det kan anbefales at bruge et apparat til aflæsning af stix.

7105. Dyrkning af biologisk materiale – Bakterier, urin og andet

Indikation

Mistanke om urinvejsinfektion.
Screening af gravide for asymptomatisk bakteriuri (ydelse 7105 kan dog ikke anvendes i kombination med graviditetsundersøgelser i henhold til Profylakseaftalen).
Kontrol efter behandling af UVI ved fortsatte symptomer.

Prøvetagning

Friskladt midtstråle urin skal anvendes og prøven dyrkes i varmeskab.

7108. Hæmoglobin

Indikationer

Ydelsen benyttes ved mistanke om og kontrol af anæmi og polycytæmi.

Prøvetagning/materiale

Hæmoglobin kan bestemmes på enten kapillært eller venøst blod. Ved bestemmelse på kapillært blod anvendes finger og ikke øre som prøvetagningssted, da der er bedst overensstemmelse mellem hæmoglobi målt på veneblod og på fingerkapillærblod.

7109. Svælg – Streptokokantigen

Indikationer

Ved mistanke om tonsillitis.

Prøvetagning/undersøgelse

Prøvetagningen bør foregå under god belysning og med anvendelse af spatel. Ydelsen omfatter prøve fra begge tonsiller eller tonsillejer, og der sikres god kontakt med vatpinden med henblik på at få tilstrækkeligt materiale til undersøgelsen.

7113. Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri

Ved udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri måles FVC (Forceret Vital Capacitet) samt FEV1 (Forceret Ekspiratorisk Volumen) og ud fra dette kan FEV1/FVC ratio beregnes. Værdierne journaliseres og gøres tilgængelige for patienter tilmeldt forløbsprogrammet.

Indikation ved spirometri

Vurdering af lungefunktionen.
Mistanke om asthma bronchiale, KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) og restriktiv lungesygdom.

Ydelsen kan ikke anvendes ved desensibilisering. Ydelsen kan kun benyttes ved diagnostik og kontrol.

Ydelsen kan maksimalt afregnes én gang pr. konsultation, og kan ikke anvendes i kombination med 7121 eller 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.

7115. Maskinel leukocyt- og differentialtælling

Indikationer

Ydelsen anvendes primært ved mistanke om akut eller subakut infektion. hvor det ud fra symptomer og objektive fund anses for nødvendigt umiddelbart at kunne understøtte eller afkræfte en diagnose og samtidig tage stilling til eventuel behandling med antibiotika, henvisning til røntgenundersøgelse eller sygehus.

Prøvetagning/materiale

Der tages prøve fra EDTA-blod eller kapillærblod, der analyseres i eget apparatur.

7116. Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale eksklusiv urin

Indikationer

Fasekontrastmikroskopi benyttes grundlæggende til friske præparater.
Der bruges 400 gange forstørrelse.

Fasekontrastmikroskopi benyttes til hæmaturi, spermaundersøgelse efter vasektomi samt hud og neglesvampsdiagnostik. Desuden bruges ydelsen til wetsmearundersøgelse af vaginal- og cervicalsekret.

Ydelsen kan også bruges til ledvæskeundersøgelse f.eks. ved purulent arthritis eller arthritis urica. Fasekontrastmikroskopi er velegnet ved mistanke om børneorm eller andre ormesygdomme.

7118. Audiometri/tympanometri

Audiometri

Ydelsen benyttes ved mistanke om hørenedsættelse hos børn eller voksne.

Ydelsen vil have sit hovedanvendelsesområde ved vurdering af indikation for høreapparat samt screeningsundersøgelse af børns hørelse. Ydelsen kan desuden benyttes til udredning af tinnitus.

Patienten placeres med ryggen til undersøger og audiometer. Undersøger fremkalder en tone i hvert øre for sig ved at ændre frekvens og lydstyrke. Patienten markerer, når tonen høres. Den svageste lyd, som kan opfattes ved hver frekvens nedskrives i et audiogram.

Ydelsen omfatter undersøgelse af begge ører.

Tympanometri

Ydelsen benyttes, hvor det skal vurderes, hvorvidt der er væske eller luft i mellemøret. Stapediusrefleks med henblik på vurdering af tilstedeværende hørelse hos småbørn. Ydelsen vil have sit hovedanvendelses-område ved otitis media – akut eller sekretorisk – med væske i mellemøret, samt kontrol efter samme.

Udførelse

Ydelsen udføres med et tympanometer, der automatisk bestemmer trommehindens impedans ved forskellige tryk og frembringer et tympanogram.

Ved tympanometri kan ydelsen tages ved undersøgelse af begge ører, og kan derfor kun afregnes én gang per konsultation.

Udføres både tympanometri og audiometri i samme konsultation kan tillægsydelsen afregnes to gange.

7120. CRP (C-reaktivt protein)

Indikationer

Mistanke om akutte infektioner samt inflammatoriske tilstande.
Monitorering af kliniske tilstande samt monitorering af en given antibiotisk behandling.

Der kan honoreres for ydelse 7120 ved anvendelse af CRP i forbindelse med 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 pyeloneprhitis, ellers ikke
Antibiotika Monoterering	+	Relevant
Løbende klinisk vurdering	+	Særdeles relevant, og bør benyttes inden antibiotisk behandling Iværksættes.

7121. Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation

Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation.

Indikation

Spirometri anvendes til vurdering af lungefunktionen.
Bruges ved mistanke om astma bronchiale, KOL og restriktiv lungesygdom.

Ydelsen bruges til kontrol af behandlingen af disse sygdomme, jf. gældende faglige retningslinjer. Kvantificering af reversibilitetstest med bronkodilatator eller kortikosteroider. Kvantificering af anstrengelsestest.

Spirometri udføres som beskrevet under ydelse 7113.

Ydelsen kan maksimalt afregnes én gang pr. konsultation og kan ikke anvendes i kombination med 7113 eller 7183.

Anstrengelsestest

Spirometri foretages før patienten udsættes for 6 min. hård fysisk anstrengelse med pulsstigning til 140 hos voksne og 160 hos børn. Spirometri gentages efter 1,5 og 10 minutter.

Reversibilitetstest

Spirometri foretages før og efter behandling med bronkodilatator eller kortikosteroid.

7122. Fastkontrastmikroskopi af urin

Indikationer

Fasekontrastmikroskopi benyttes til undersøgelse ved mistanke om urinvejsinfektion eller andre sygdomme i urinvejene – f.eks. ved hæmaturi.

Prøvetagning

Der anvendes friskladt midtstråleurin. Der bruges 400 gange forstørrelse.

7126. INR (Internationalt

Indikationer

Ydelsen benyttes til kontrol af antikoagulationsbehandling og benyttes således kun i terapeutisk øjemed.

Prøvetagning

Ydelsen anvendes på kapillær- og veneblod, som analyseres på eget apparatur.

7136. Glucose

Indikationer

Mistanke og kontrol af diabetes mellitus.
Glukosebestemmelse i forbindelse med glukosebelastningstest.

Prøvetagning

Ydelsen anvendes på kapillær- og veneblod, som analyseres på eget apparatur. Målingen skal foretages umiddelbart efter prøvetagning for at give et retvisende billede.

7156. EKG (elektrokardiografi)

Indikationer

Vurdering af hjertesygdom, særligt rytmeforstyrrelser, iskæmiske hjertesygdomme og kontrol i forbindelse med visse medicamentelle behandlinger.

Udførelse

Standardafledningerne er bipolære ekstremitetsafledninger, og der anbringes en elektrode på hver ekstremitet, mens højre ben bærer jordforbindelse.

V1-V6 er unipolære prækordialafledninger, hvor elektroderne anbringes på thorax' Forflade. V1 over interkostalrum 4 lige til højre for sternum; V2 over IC4 lige til venstre for sternum; V3 midt mellem V2 og V4; V4 over IC5 svarende til midtklavikulærlinje; V5 samme niveau i venstre anteriore aksillærlinje og V6 samme niveau som V4 i venstre midtaksillærlinje.

7175. Svangerskabsreaktion, urin-choriongonadotropin

Indikationer

Ydelsen kan benyttes ved behov for at påvise/udelukke graviditet.

Prøvetagning

Der anvendes friskladt urin, hvis det er meget tidligt i graviditeten – helst morgenurin

7177. Sænkningsreaktion (SR)

Indikationer

Differentialdiagnose af visse akutte og subakutte sygdomme.
Forløbskontrol af reumatisk sygdom.

Prøvetagning

Ydelsen anvendes på veneblod, som analyseres. Prøven tages i citratrør indeholdende citrat i afmålt mængde.

7183. Lungefunktionsundersøgelse (peak-flow)

Indikationer

Tilstande hvor der er mistanke om øget modstand i luftvejene.

Ydelsen er især velegnet til diagnose og forløbsmålinger ved asthma bronchiale, samt til kontrol af lungefunktionen ved specifik immunterapi (desensibilisering).

Ydelse 7183 benyttes både før og efter desensibilisering – altså 2 x 7183 – idet det må betragtes som to selvstændige ydelser.

Spirometri kan anvendes, men kan i denne situation kun honoreres med 7183.

Udførelse

Efter maksimal inspiration foretages en kort og kraftig ekspiration i peak-flow metret. Det er ikke tilladt at hoste. Der gennemføres mindst 3 forsøg, hvor det bedste resultat er gældende. Ved desensibilisering vurderes lungefunktionen ved peak-flow før desensibilisering og 30 minutter efter.

7189. Urin til resistensbestemmelse

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 pyelonephritis.

Resistensundersøgelse **skal** altid forudgås eller ledsages af urindyrkning, hvor mængden og arten af bakterier vurderes.

Prøvetagning

Til prøven benyttes friskladt midtstråleurin til analyse på eget apparatur.

7402. Priktest (Rammeaftale)

Indikationer

Som led i udredning ved mistanke om allergener.

Udførelse

Der foretages dobbeltprik på de 10 allergener – standardpanel – samt på den negative og positive histaminkoncentration. Der benyttes standardiserede lancetter eller autoprikker. Aflæsning efter 15 minutter hos voksne – 10 minutter hos børn.

7403. HbA1c (Rammeaftale)

Indikationer

Vurdering af glykæmisk kontrol hos patienter med diagnosticeret diabetes mellitus. Ydelsen kan ikke bruges til screening i forbindelse med diagnosticering.

Prøvetagning

Prøven kan tages fra vene- og kapillærblod, og analyseres på eget apparatur.

BILAG TIL YDELSESBESKRIVELSE FOR YDELSE 0121, OPSØGENDE HJEMMEBESØG TIL SKRØBELIGE ÆLDRE NORMALT OVER 75 ÅR

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?

- 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.