

Oplæg til forhandling af ny overenskomst om almen praksis

1. INDLEDNING

PLO og Danske Regioner har udarbejdet en vision for almen praksis 2030. Med visionen er der lagt op til, at almen praksis skal have en endnu større rolle i det danske sundhedsvæsen, og at rollerne mellem almen praksis og det sekundære sundhedsvæsen til en vis grad skal vendes om. Flere opgaver til den praktiserende læge i fremtiden nødvendiggør, at hver praktiserende læge på længere sigt har færre patienter.

Visionen indebærer derfor bl.a., at kapaciteten i almen praksis i 2030 er øget både med læger og praksispersonale, at patienterne oplever en større støtte i den praktiserende læges funktion som tovholder, og at den praktiserende læge bliver understøttet på flere fronter fra resten af sundhedsvæsenet til at udfylde rollen.

I PLO ser vi frem til 2030, hvor visionen bliver til virkelighed, men hvis det skal kunne lade sig gøre, skal der allerede nu træffes en række beslutninger. Der vil i 2021-2023 være endnu større kapacitetsudfordringer i almen praksis end hidtil med udsigt til, at op mod 300.000 borgere ikke kan vælge deres egen læge.

Den kommende overenskomst mellem RLTN og PLO må derfor nødvendigvis indeholde initiativer, der øger den samlede kapacitet i almen praksis. Det skal være en ambitiøs overenskomst, der både kan imødegå de kommende års lægemangel og lægge tydelige spor ud i forhold til visionens elementer om bedre understøttelse af almen praksis og øge samarbejdet med andre aktører samt øge fokus på skrøbelige patienter.

2. ULIGHED I SUNDHED OG POPULATIONSSOMSORG

Ifølge visionen for almen praksis 2030 skal almen praksis have et særligt fokus på de patienter, der er i højrisiko for at blive meget syge/mere syge, herunder de patienter som sjældent er i kontakt med egen læge.

Borgere med kronisk psykisk sygdom eller psykisk udviklingshæmning lever mindst 15 år kortere end gennemsnitsbefolkningen. Det skyldes både utilstrækkelig behandling af allerede eksisterende sygdomme, og at somatiske sygdomme sjældnere

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8477

Tlf. (dir.): +45 35 44 84 72

E-mail: plo@DADL.DK

E-mail: Jsg.plo@DADL.DK

www.plo.dk

forebygges og/eller behandles. Mødet med behandlere, herunder i almen praksis, er ofte svært for disse borgere, og udgør derfor en barriere for henvendelse.

Endelig er der en gruppe patienter med høj sygdomsbelastning, typisk som følge af flere samtidige sygdomme og skadelig polyfarmaci, som medfører betydelige problemstillinger i form af bivirkninger, (gen)indlæggelser, og øget mortalitet.

PLO foreslår på den baggrund, at parterne i OK21 påbegynder en fokuseret indsats for tre særligt sårbare grupper; patienter med psykiatrisk sygdom, udviklingshæmmede borgere og patienter med multisygdom. Disse ofte skrøbelige patientgrupper har brug for en særlig indsats fra almen praksis for at kunne blive hjulpet bedre, så de også kan få det ud af det danske sundhedsvæsen, som de er berettigede til. I det følgende beskrives forslag for indsats for de tre grupper af sårbare borgere.

2.1 Styrket indsats i almen praksis for borgere med psykiatrisk sygdom

Diagnosticering af en lang række psykiatriske lidelser er en specialistopgave, mens vedligeholdelse af iværksat psykiatrisk behandling ofte vil ske i samarbejde med almen praksis. Sideløbende er der en stor opgave i at hjælpe samme patientgruppe med deres somatiske sygdomme.

PLO foreslår derfor, at der aftales en særlig opsøgende indsats i almen praksis for udvalgte patienter med psykisk sygdom, der er diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse fra sygehus eller speciallæge i psykiatri. Den særlige indsats skal have fokus på forebyggelse, opsporing og behandling af somatisk sygdom, og i forhold til den psykiske sygdom kan indsatsen omfatte justering af behandling i henhold til en behandlingsplan iværksat på specialniveaue, og relevant kontakt/sparring med psykiatrisk speciallæge. Endelig vil indsatsen indeholde et koordinerende element i forhold til det øvrige sundhedsvæsen, både psykiatrien og den kommunale sektor.

2.2 Styrket indsats i almen praksis til borgere der er psykisk udviklingshæmmede

Borgere der er psykisk udviklingshæmmede har reduceret levetid. De kontakter sjældent læge, hvorfor de ofte har uopdaget somatisk sygdom, og de har svært ved at efterleve iværksat behandling. Hertil kommer nedsat livskvalitet.

Det foreslås, at en ny særlig indsats i almen praksis iværksættes til denne gruppe. Indsatsen vil fokusere på patientens generelle helbred og velbefindende, og undersøgelser og behandling i forlængelse heraf. Indsatsen vil indeholde et koordinerende element om samarbejde med de professionelle støttepersoner og behandlere på fx botilbud m.v., der skal træffes aftaler med om behandling og opfølgning.

2.3 Styrket indsats i almen praksis for borgere med multisygdom og polyfarmaci

Endelig foreslås en særlig indsats til patienter med multisygdom og polyfarmaci. Her vil indsatsen være koncentreret om patientens funktionsniveau og medicinforbrug bl.a. med henblik på at forebygge indlæggelser. En medicingennemgang er krævende og fordrer tid, da lægen skal sikre, at hvert enkelt lægemiddel stadig er velindiceret, at der ikke er u hensigtsmæssige interaktioner, at patientens compliance er god og, at patienten er vidende om formålet med hvert enkelt lægemiddel. Gennemgang og evt. sanering af lægemidler kræver desuden, at lægen har mulighed for at sætte sig ind i patientens præferencer.

Målgruppen for den særlige indsats i almen praksis mht. polyfarmaci og multisygdom vurderes at være i størrelsesordenen 3-5 % af en praksispopulation. Målgruppen bør defineres ud fra tilgængelige, objektive data i en almen medicinsk patientjournal, som fx antal præparater. Der bør samtidig arbejdes på at gøre andre væsentlige mål let tilgængelige i patientjournalen, som beskrevet i afsnit 8, således, at lægen med tiden kan få et mere nuanceret og samlet overblik over komplekse medicinske patienters aktiviteter med henblik på at anvende data til at forbedre behandlingskvaliteten.

3. ALMENMEDICINSK AKUTARBEJDE I LÆGEVAGTEN

Lægevagten har gennem en årrække stået overfor store udfordringer i form af stigende vagtbelastning og manglende fornyelse og modernisering.

Lægevagten har for høj vagtbelastning – særligt i lægedækningstruede områder. Det er kun i Midtjylland, at overenskomstens krav til maksimumsbelastning pr. læge overholdes. I den sammenhæng er det en særlig udfordring, når vagtlægerne må bemande mange små konsultationssteder med lav patientaktivitet eller bruge mange timer over store afstande på landevejene til sygebesøg. Arbejdsmiljømæssigt er det problematisk at skulle bemande små, gamle og utrygge konsultationssteder for relativt få patientkontakter på døgnets ydertidspunkter. De små konsultationssteder udgør en patientsikkerhedsrisiko og en sikkerhedsrisiko for lægen, der er alene på vagt.

PLO ønsker også i fremtiden at tage hånd om patienterne med et akut behov for lægehjælp døgnet rundt i de fire regioner med en lægevagt. Kernen i det almenmedicinske akutarbejde er særligt den telefoniske visitation.

Lægevagten bør have til huse i moderne faciliteter af hensyn til patientsikkerheden og lægernes sikkerhed. Lægevagtskonsultation bør ligge i sammenhæng med fx akutmodtagelser eller andre steder, hvor der er overvågede venteværelser, og der er mulighed for sundhedsfaglig backup i akutte situationer.

Lægevagten skal moderniseres, så vagtlægernes tid og ressourcer bruges optimalt og med respekt for manglen på praktiserende læger. En modernisering må medføre:

- At ingen læger er på vagt på tidspunkter og steder med lav eller ingen patientaktivitet
- At Lægevagts konsultationssteder etableres i sammenhæng med akutmodtagelserne med henblik på tværgående samarbejde og styrkelse af sikkerheden.
- Færre læger der kører på sygebesøg i vagttid.
- Et styrket samarbejde med blandt andre sygeplejersker i kommunale akutfunktioner.
- At flere patienter transporteres til konsultation i Lægevagten.
- Tilknytning af nødvendigt supporterende personale til konsultationen i Lægevagten primært sygeplejersker.
- Brug af nye teknologiske muligheder i Lægevagten, fx videokonsultation, Akutknap, mv.
- Etablering af koordinatorlægefunktioner, som kan understøtte et fremtidigt samarbejde med sygeplejersker i kommunale akutfunktioner og AMK, samt evt. varetage videokonsultationer således, at de øvrige visitatorer fortsat kan arbejde effektivt og uden uhensigtsmæssige afbrydelser.
- En forøgelse af honorarniveauet i lægevagten for at sikre rekruttering af det nødvendige antal vagtlæger.

I forhold til Lægevagten i Region Sjælland står vi med en helt særlig og alvorlig situation, som kræver stor opmærksomhed og formentlig en særlig plan for de kommende ca. fem år.

PLO ønsker gensidighed i opsigelsesbestemmelserne i overenskomsten.

4. LÆGEDÆKNING

Helt grundlæggende skal flere læger motiveres til at søge ud i og forblive i almen praksis. Det handler først og fremmest om at gøre jobbet som praktiserende læge mere attraktivt sammenlignet med konkurrerende jobs. Nedenfor præsenteres fem konkrete forslag, der kan øge lægedækningen på kort og lang sigt.

4.1 Flere og længere klinikophold i almen praksis på lægeuddannelsen

En forudsætning for at få flere uddannet som speciallæger i almen medicin er, at flere lægestuderende får lyst til at gå denne vej. Første udfordring er, at klinikophold i almen praksis under lægeuddannelsen fylder meget lidt i forhold til klinikophold på hospitalsafdelinger. PLO ønsker at drøfte, hvordan der kan findes en permanent løsning for alle fire universiteter, som tilbyder lægestudie, med hensyn til finansiering af mere praktik i almen praksis på lægeuddannelsen.

4.2 Flere ansatte læger og flere tutorlæger

Uddannelsen af flere speciallæger i almen medicin er afgørende for den fremtidige lægedækning, men det er en løsning, der primært virker på den lange bane, og derfor er der også behov for initiativer, der sikrer flere hænder i almen praksis på den korte bane. Det gælder blandt andet muligheden for, at kommende praktiserende læger kan arbejde i almen praksis i mere end de nuværende to måneder, mens de går og venter på en introduktions- eller hoveduddannelsesstilling i almen medicin. Samtidig er der brug for at se nærmere på en modernisering af tutorlægeaftalen, så almen praksis er gearet til at tage imod et større antal uddannelseslæger end det er tilfældet i dag.

4.3 Fastholdelse af ældre læger

Det greb, der potentielt kan generere flest praktiserende læger på den korte bane, er at fastholde ældre læger i længere tid i deres praksis. Derfor ser PLO et behov for at indføre en seniorordning i almen praksis på lige fod med de seniorordninger, der eksisterer på resten af arbejdsmarkedet. Der er brug for, at de ældre læger kan få hjælp til driften af deres klinik i en tid, hvor overenskomstens mulighed for reduceret patientantal er svær realiserbar pga. de mange klinikker med lukket for tilgang.

4.4 Rekruttering af læger til lægedækningstruede områder

Der er brug for incitament, der kan få nyuddannede speciallæger i almen medicin til at vælge at købe praksis i lægedækningstruede områder. De tiltag, der blev indført med OK18, har ikke haft tilstrækkelig effekt. PLO foreslår derfor, at ordningen med midlertidig tilladelse til delepraksis i lægedækningstruede områder udvides tidsmæssigt ud over seks år, og at de ny-nedsatte læger får ret at lukke for tilgang ved et lavere patientantal i en periode efter praksiskøb.

4.5 Mulighed for at lave lokale løsninger til fastholdelse og rekruttering

Der er behov for et instrument, der præcist kan påvirke den ældre læges lyst til at blive i sin praksis et par år mere, og som giver den unge læge lyst til at slå rod med familien i et lægedækningstruet område. PLO foreslår, at der derfor bliver mulighed for at etablere individuelle ordninger, der virker lige præcis i den givne situation i det givne område. I denne forbindelse ønsker PLO, at den gamle § 2-hjemmel for indgåelse af lokale aftaler genindføres i overenskomsten, og at der afsættes en særlig pulje til brug for sådanne aftaler.

5. LEDELSE, ORGANISERING OG TRIVSEL

I PLO's arbejdsmiljøundersøgelse fra 2016 var et alt for stort antal praktiserende læger udbændte. En læge sygemeldt med stress er ikke bare den enkelte læges problem. Lægers udbændthed påvirker deres evne til at lave god diagnostik og behandling af patienterne og risikerer at sende de ramte læger tidligere på pension, ligesom det afskrækker nye læger fra at købe praksis. God trivsel og arbejdsglæde gavner dermed patienterne og understøtter rekruttering og fastholdelse i almen praksis.

OK21 bør indeholde en række initiativer, der skal forbedre trivslen for de praktiserende læger.

Helt konkret foreslår PLO, at regionerne skal tilbyde hjælp til ledelses- og organisationsudvikling af klinikken til praktiserende læger, der ønsker det. Enkelte regioner har allerede sådanne tilbud, men tilbuddene bør opskaleres, og de bør organiseres nationalt med fælles nationale standarder, men fortsat med lokal udmøntning i alle regioner.

Endelig bør det være en fælles ambition i videst muligt omfang at forsimple overenskomsten og gå efter løsninger, der letter det administrative arbejde i almen praksis, fx at eliminere returegninger ved hjælp af digitaliseringsløsninger.

6. BEDRE SAMARBEJDE PÅ TVÆRS I DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

For almen praksis er samarbejde med kommuner og kommunale institutioner præget af mange kontakter med stor variation i processer og struktur, herunder den tekniske understøttelse.

6.1 Mere kvalificeret brug af korrespondancemeddelelser

PLO oplever, at det kommunale plejepersonales brug af korrespondancemeddelelser er stærkt stigende. Ofte kontaktes lægerne flere gange om dagen om forskellige problemstillinger hos den samme patient. Dertil stiger kompleksiteten i henvendelserne, som følge af, at der i stigende grad er tale om borgere tilknyttet kommunale akutfunktioner. PLO ønsker i en tid med mangel på praktiserende læger at aftale, hvordan kommunernes brug af korrespondancemeddelelser kvalificeres, så lægernes tid bliver brugt på lægearbejde, og ikke sygeplejerskearbejde.

Hertil kommer, at PLO ønsker en generel drøftelse af, hvorledes korrespondancemeddelelser skal bruges i forhold til definitionen af en e-konsultation og honoreringen efter overenskomsten, da de ofte indholdsmæssigt og i forhold til kompleksitet ikke kan rummes i en sædvanlig e-konsultation.

6.2 Indflytningsbesøg på plejehjem

I forbindelse med indflytning på plejehjem skifter typisk den personkreds, som har hjulpet den ældre patient. Skiftet medfører ofte uklarhed om diagnoser, behandling og relevant stillingtagen til forhold i den sidste levetid, fx genoplivning. For at imødegå disse problemstillinger foreslås det, at der indføres mulighed for et indflytningsbesøg, hvor læge, plejepersonale, den ældre og evt. dennes pårørende laver en status og plan for behandlingen fremadrettet, herunder for eksistentielle ønsker, som samlet kan medvirke til, at den ældre får en værdig og tryk sidste levetid. Et indflytningsbesøg vil samtidig overflødiggøre kommunernes behov for statusattester ved indflytning. Enkelte regioner har allerede haft gode erfaringer hermed, og det bør udbredes til hele landet. Indflytningsbesøg kan enten indføres som en ny ydelse eller ved omskrivning og opdatering af målgruppen og ydelsen for 0121.

6.3 Permanentliggørelse af plejehjems lægeordningen

I forlængelse af indsatsen for ældre patienter på plejehjem, plejecentre m.v. foreslås det videre, at aftalen mellem Danske Regioner, KL, Sundheds- og Ældreministeriet og PLO om fast tilknyttet læge på plejecenter indarbejdes i Overenskomst om almen praksis således, at denne bliver et permanent tilbud, uanset om den enkelte kommune gør brug af det eller ej.

6.4 Lægelig betjening af kommunale akutfunktioner

Sundhedsstyrelsen anbefaler aftaler om lægelig betjening af de kommunale akutfunktioner. Enkelte regioner har indgået sådanne aftaler, og det foreslås, at de regionale aftaler indarbejdes i overenskomsten, da alle kommuner har brug for lægelig betjening af de kommunale akutfunktioner.

6.5 Styrket samarbejde mellem praksis og kommune til gavn for børn/unge

For at forbedre samarbejdet mellem den praktiserende læge og den kommunale sundhedspleje foreslås det, at der etableres elektronisk kommunikation mellem de to parter i alle kommuner inden udgangen af 2021. Den elektroniske kommunikation bør også omfatte børn, der henvises/ses i PPR.

Med inspiration fra et konkret projekt i Ålborg Kommune foreslås det desuden, at der indføres en særlig opøgende indsats i forhold til børn, som udebliver fra børneundersøgelser.

6.6 Styrket samarbejde generelt mellem praksis og specialister

Da almen praksis i videst muligt omfang skal lykkes med, at patienterne forbliver i behandlingsforløb hos egen læge og undgå unødige henvisninger til sygehus og indlæggelser, er det nødvendigt, at de privatpraktiserende speciallæger og speciallæger på sygehuset er tilgængelige for almen praksis, herunder i ferietid. Det er ligeledes nødvendigt med understøttelse af praksis i form af mulighed for digital sparring, fx videokonference, og telefonisk sparring med speciallægerne. Sparring er imidlertid en tidskrævende opgave, hvorfor det er relevant at drøfte forskellige former for honorarunderstøttelse for praksis evt. med inspiration fra overenskomsten mellem FAPS og RLTN.

7. KVALITET OG EFTERUDDANNELSE

PLO har gjort sig mange positive erfaringer med klyngearbejdet allerede i de første to år siden indførelsen i 2018. Vi ser også mange positive perspektiver for klyngernes fremtidige arbejde med at forbedre og udvikle den almen medicinske kvalitet i de praktiserende lægers klinikker og i sundhedsvæsenet som helhed.

I den sammenhæng ser PLO følgende fire nødvendige fokusområder, der bør indgå i den kommende overenskomst:

7.1 Udvikling af organisationen bag Kvalitetsprogrammet

Det er PLO's opfattelse, at KiAP fortsat bør referere til overenskomstens parter, men vi ser meget gerne, at ledelsesstrukturen bag KiAP slankes både i antal personer og antal fora. PLO foreslår, at KiAP på linje med overenskomstens øvrige institutioner forankres i bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis.

7.2 KiAP's rolle

Det er vigtigt for PLO, at klyngerne ser KiAP som deres støttefunktion, både praktisk og fagligt. Det er ligeledes vigtigt, at KiAP's administrative profil suppleres med en stærkere almen medicinsk profil.

KiAP bør fokusere på tre fremtidige opgaver:

- At have et overordnet overblik over de klyngepakker, der tilbydes landets klynger.
- At tilbyde relevante og let tilgængelige data med et klart almen medicinsk indhold.
- At tilbyde praktisk støtte til klyngerne og klyngekoordinatorerne, for derigennem at begrænse klyngernes administrative opgaver.

7.3 Krav til fremtidige kvalitetsdata

Det er vigtigt, at klyngerne med tiden får kvalitetsdata baseret på data fra lægens egen klinik og dermed eget journalsystem.

Indsamling af data er som udgangspunkt ikke en opgave for de enkelte klyngekoordinatorer, og derfor skal arbejdet med at gøre data let tilgængelige for klyngerne fortsat have høj prioritet.

7.4 Tættere samspil mellem klyngerne og efteruddannelsen

PLO ønsker at fastholde, at forpligtelsen i forhold til kvalitetsarbejdet i klynger handler om, at klinikkerne i fællesskab forholder sig til de kvalitetsdata, de bliver præsenteret for - og at de løbende følger relevant op på data ved at evaluere udviklingen. Men PLO anerkender også de erfaringer, der har vist, at visse kvalitetsdata bedst udvikles ved, at der sideløbende sker egentlig efteruddannelse inden for det pågældende faglige område.

I en tid med mangel på praktiserende læger skal dette ske på måder, hvor vi tilstræber i videst muligt omfang at undgå at trække lægerne væk fra det kliniske arbejde med patienterne i klinikken. En mulighed er at se på, hvordan konkrete efteruddannelsestiltag som systematisk efteruddannelse kan danne faglig optakt til klyngearbejdet, og hvordan gruppebaseret efteruddannelse kan fungere som inspiration til det efterfølgende arbejde med de pågældende kvalitetsdata i klinikkerne.

7.5 Tilskud til efteruddannelse

PLO ønsker, at alle efteruddannelsesformer, dvs. systematisk, selvvalgt og gruppebaseret efteruddannelse lige-
stilles økonomisk på niveau med den nuværende takst for den systematiske efteruddannelse. Tabt arbejdsfor-
tjeneste i forbindelse med efteruddannelse ønskes erstattet af et efteruddannelsestilskud for efteruddannelse i
tidsrummet kl. 08-20 på hverdage.

DGE-ordningen er et vigtigt element i lægernes efteruddannelse, men der er en vis usikkerhed med hensyn til
den afsatte økonomi, hvilket vi gerne vil drøfte bl.a. med henblik på at opnå gennemsigthed.

Med det formål at sætte yderligere fokus på ledelses- og organisationsudvikling i almen praksis jf. punkt 5, fo-
reslår PLO, at der reserveres en særlig pulje til efteruddannelsestilskud, når en praktiserende læge efteruddan-
ner sig indenfor området.

Endelig foreslås det, med henblik på at understøtte praksispersonalets efteruddannelse, at der etableres en
pulje under Fonden for Almen Praksis til særlige indsatsområder, som parterne er enige om.

8. DIGITALISERING, TEKNOLOGI OG IT-UDVIKLING

Nye digitale løsninger er allerede udrullede til klinikkerne: forløbsplaner, indberetninger til kliniske kvalitetsda-
tabaser, webpatient, Min Læge app, nye epikriser og dosisdispensering i FMK. Andre er i pilottest forud for im-
plementering: videokonsultationer, samlet patientoverblik, og nye er på vej som fx diagnosekort, digital
svangrejournel m.fl.

8.1 Videokonsultation og videokonferencer

Med en forventning om, at videokonsultation og videokonference indføres som en mulighed i den kommende
overenskomst, ønsker PLO at drøfte rammerne herfor. Da der foreløbig har været gennemført ganske få video-
konsultationer i de nyopstartede pilotprojekter, og der derfor er begrænsede erfaringer hermed, lægger PLO
vægt på, at det bliver frivilligt for de enkelte praksis at vælge, om de ønsker at tilbyde videokonsultation og be-
nytte sig af videokonferencer.

8.2 Nyt individuelt patientoverblik bl.a. med henblik på opsporing

Almen praksis har potentiale til at kunne forbedre outcome for den enkelte patient, til at øge rationel ressour-
ceudnyttelse og til at skabe overordnede indsatser i sundhedsvæsenet og arbejde mere opsporende med de
mest sårbare og syge patienter. Det vil forudsætte, at eksisterende data og oplysninger om patienten stilles
nemt og overskueligt til rådighed for den enkelte klinik. Både i form af bedre præsentation af oplysninger fra
praksissystemer og fra centrale kilder i regioner og stat. Det bedre overblik skal sikre en mere effektiv indsats
over for dem, som har det største behov. Ikke bare omsorg for alle dem med en bestemt kronisk diagnosekode,
men en målrettet indsats over for patienter i populationen, som lægen reelt kan gøre en forskel for.

PLO foreslår derfor, at der igangsættes et IT-projekt med henblik på etablering af et nyt Individuelt Patientover-
blik, bl.a. indeholdende patientens aktuelle diagnoser (diagnosekort) og ydelsesdata og hvor lægen og patien-
ten i samarbejde kan udarbejde en samlet og tilpasset behandlingsplan for patienten, som kan deles med andre

sundhedsprofessionelle, der har behov for indblik i planen. Initiativet skal ses i sammenhæng med det fællesoffentlige IT-projekt "Et samlet patientoverblik".

Det forbedrede overblik over patienternes individuelle mål og kontaktmønstre, som på længere sigt også bør omfatte indlæggelser, åbne ambulante forløb, hjemmeplejeydelser og lign., skal også kunne aggregeres op til populationsniveau og klyngeniveau, hvorved det vil kunne danne afsæt for fælles indsatser på tværs af klinikkerne og samarbejdsprojekter med fx kommunerne.

8.3 Nye digitale løsninger skal finansieres

For at realisere ovenstående ambitioner skal der investeres og prioriteres. PLO ønsker således, at der i OK21 afsættes særskilte midler til udvikling af nye IT-løsninger i almen praksis.

Antallet af IT-løsninger i almen praksis er steget markant i de seneste år, og antallet må forventes fortsat at stige. Det forøger den enkelte kliniks udgifter til drift af IT-systemer, ligesom udgifterne til IT-sikkerhed er stigende. PLO ønsker, at basishonoraret øges med henblik på at dække øgede driftsudgifter i klinikkerne til IT og højere krav til IT-sikkerhed.

9. KAPACITETSOPBYGNING OG INVESTERING I ALMEN PRAKSIS

Almen praksis er tiltænkt en nøglerolle i fremtidens sundhedsvæsen og kommer til at overtage en række opgaver fra sygehusenes ambulatorier, ligesom almen praksis forventes at yde en større indsats overfor patienterne for at mindske behovet for indlæggelser. Patienterne lever samtidig længere og kommer derfor til at leve i længere tid med kroniske sygdomme, og have et større antal kroniske sygdomme samtidig. Det betyder, at patienterne har et øget behov for kontakt til behandling og opfølgning hos egen læge, og at kontakten må forventes at være mere kompleks end tidligere.

I en tid med mangel på praktiserende læger er det derfor nødvendigt med incitamenter, som både understøtter kapacitetsopbygning i almen praksis, og som tager højde for den demografiske vækst og udviklingen i pris- og lønniveauet. Det er helt afgørende, at betydelige investeringer påbegyndes i den kommende overenskomstperiode, så vi ikke om 4-6 år står med nogle faciliteter, der ikke kan rumme de aktiviteter og opgaver, som parterne har tiltænkt almen praksis.

9.1 Økonomiske incitamenter

Overenskomstens kollektive økonomiloft er et eksempel på et incitament, der modvirker investeringer. Økonomiloftet har en negativ psykologisk virkning på de praktiserende læger og en tydelig væksthæmmende effekt, hvilket ikke fremmer parternes fælles mål om, at branchen skal vokse. PLO er derfor optaget af at drøfte, hvordan overenskomstens parter sikrer den ønskede vækst og udvikling,

De individuelle automatiske højstegrænser indeholder, ligesom det kollektive økonomiloft, et økonomisk incitament, der peger væk fra investering i og udvikling af almen praksis, hvorfor der i en kommende overenskomsttale bør foretages en modernisering af beregningerne herfor, særligt i forhold til praksispopulationen, køns- og aldersdifferentiering, psykisk sygdom osv.

9.2 Incitament for at ansætte personale

Lægernes incitament til at ansætte personale øges, hvis personalet kan varetage opgaver, som lægerne normalt tager sig af under lægens ansvar. PLO foreslår, at muligheden for at uddelegere opgaver til personalet øges, særligt i forbindelse med kontrol og behandling af diagnostisk afklarede patienter. OK18 har medført, at årskontrol af KOL og diabetes hos ukomplicerede patienter kan varetages af personalet uden, at patienterne behøver at få en tid hos lægen. Der er flere andre sygdomme, hvor årskontroller ligeledes kunne udføres af personalet.

Et andet tiltag, der vil øge anvendelsen af personale, vil være, at overenskomstens regler for telefontid justeres og forenkles med fokus på adgang til klinikken, fremfor adgang til lægen.

9.3 Lokaletilskud

Flere læger, flere uddannelseslæger og mere personale kræver flere lokaler. I nogle områder af landet er det meget svært for den enkelte læge at udbygge sin praksis. PLO foreslår derfor, at der afsættes en større pulje til fysiske lokaliteter, som lægerne kan søge uden nødvendigvis at skulle involvere kommunen. Det bør afsøges, hvordan en proces kan faciliteres for ansøgning af midler i større byer, hvor lovgivning og lokalplaner er en stor udfordring.

10. ØVRIGE ØNSKER TIL TILPASNING AF OVERENSKOMSTEN

- Reformering af rammer og indhold i konceptet for samtaleterapi med inspiration fra lokalaftalen i Region Syddanmark. Herunder blandt andet mulighed for 1-3 krisesamtaler til patienter i akut krise. Kri-sesamtalerne skal bidrage til hurtig afklaring og evt. opstart af behandling samt hjælpe sygemeldte til hurtigere nyorientering og genoptagelse af arbejde.
- Opdatering af honorar for opsøgende hjemmebesøg for skrøbeligt ældre (normalt over 75 år), ydelse 0121 således, at ydelsen har en relation til de besøgstakster, der blev indført i OK18.
- Sanering i kataloget af tillægsydelser og laboratorieundersøgelser.
- Indførelse af en ydelse for ultralyd-undersøgelse i almen praksis.
- Rameaftalen om Hba1c indføres som generel ydelse i overenskomsten.
- Finansiering af Administrationsudvalgets udgifter til ansatte lægers sygdom og barselsorlov.
- Ændret governance for forskellige fonde og enheder under overenskomsten, herunder stillingtagen til indbetalinger.
- Aftale om overdragelse af patientjournaler til STPS revideres således, at praksis i en ophørssituation kan få kompensation for at sende journaler til patienternes nye læger.

PLO tager forbehold for under forhandlingerne at inddrage andre emner.