



20-12-2019

EMN-2019-00702

1325480

Jane Holm

## Oplæg til forhandling af ny overenskomst om almen praksis 2021

Sygdomsbilledet ændrer sig i fremtiden, nye behandlingsmuligheder kommer til og hospitaler og kommuner ændrer sig. Det stiller andre krav til de praktiserende læger. De skal kunne noget nyt og noget mere, og de skal i højere grad samarbejde med kommuner og hospitaler om den samlede behandling. Almen praksis spiller en nøglerolle i den omstilling, som det danske sundhedsvæsen står overfor, og der er store forventninger til, hvordan tilbuddet i almen praksis skal se ud om f.eks. 10 år.

En hovedprioritet for RLTN i den kommende overenskomstforhandling er at sikre, at almen praksis er rustet til fremtidens udfordringer og muligheder. Det indebærer blandt andet, at der skal sættes fokus på en forbedret lægedækning i alle dele af landet, en større behandlingskapacitet og en generelt forbedret tilgængelighed – både for patienter og for samarbejdspartner.

For RLTN er det således et centralt perspektiv, at lægedækningen styrkes væsentligt gennem fortsatte tiltag inden for almen praksis med et generelt styrket fokus på en bedre sammenhæng mellem honorering og patienttyngde. Konkrete, vigtige elementer er bl.a. øgede lukkegrænser, en væsentligt øget differentiering af honoreringen i forlængelse af de lagte spor med OK-18 samt opgaveglidning til mere praksispersonale, der frigør lægetid.

Dette er afgørende forudsætninger for at skabe en almen praksis, der sikrer sundhed, tryghed og gode patientoplevelser, også i 2030.

Den seneste overenskomstaftale indeholdt flere nye tiltag for almen praksis, der skal understøtte, at den praktiserende læge i højere grad skal være ansvarlig for det samlede forløb og omdrejningspunktet for tilmeldte patienter med den rette understøttelse fra hospitalerne.

En ny overenskomst skal bygge ovenpå de tiltag, som blev aftalt i 2017. Det er afgørende at fastholde og videreføre de bærende principper om forebyggelse, kvalitetsarbejde og et større ansvar for patienter med KOL og diabetes samt incitamenter der understøtter en populationsbaseret tilgang herunder kronikerhonorar og differentieret basishonorar. Dette er grundlaget for på et senere tidspunkt at arbejde videre i forhold til et styrket ansvar overfor andre patientgrupper.

Det er positivt, at 17-aftalen har ansporet praktiserende læger til at arbejde med at reducere forskelle i kvalitet i almen praksis bl.a. ved at etablere en ny kvalitetsmodel, hvor læger indgår i kvalitetsklynger med henblik på kontinuerligt at udvikle fagligheden og indsatserne i almen praksis.

Men der har i perioden også vist sig en række udfordringer i almen praksis i forhold til at implementere aftalens forskellige elementer. Det overordnede billede er, at udviklingen er i gang, men at det går langsommere end aftalt og med store variationer i implementeringen mellem klinikkerne.

De kommende drøftelser om en ny aftale skal derfor også have fokus på, at almen praksis styrker implementeringen af tidligere og kommende indgåede aftaler med henblik på at accelerere den udvikling af almen praksis, som blev påbegyndt med initiativerne i OK-18. Herunder skal sikres fortsat fremdrift i implementeringen af kronikeropgaven.

Nedenstående temaer indbefatter nogle af de overordnede interesser og forventninger, som RLTN finder, skal indgå i de kommende forhandlinger, og som samtidig danner rammerne for de løsninger, som parterne skal samarbejde om at finde.

### **Lægedækning og organisation**

Patienter skal have adgang til et lægetilbud i almen praksis i alle geografiske dele af lande bl.a. med henblik på et frit lægevalg uanset funktions-evne. Udviklingen, hvor et stigende antal praksislæger vælger at lukke for tilgangen af patienter, går her den forkerte vej – dog med indikation af en lille forbedring i 2019. Det indikerer, at der er behov for tiltag til at understøtte, at almen praksis sikrer en samlet set bedre lægedækning.

Lægedækning skal tænkes mere bredt end blot antallet af praktiserende læger. Mere praksispersonale og opgaveglidning inden for almen praksis er her et væsentligt spor. Men udviklingen i ansættelsen af praksispersonale er i dag meget begrænset. Der er derfor behov for at drøfte, hvordan der kan sikres en reel udvikling, som sikrer en større behandlingskapacitet i praksis.

Større lægeklinikker kan skabe en god og effektiv anvendelse af mange forskellige personalegrupper og vil skabe en øget robusthed, når den praktiserende læge skal køre sygebesøg og generelt passe klinikken i hele åbningstiden. Øget anvendelse af personale bør naturligt føre til, at praksis kan få en mere central rolle og varetage et højere antal patienter eller nye opgaver

Organisering i større enheder stiller også krav til den praktiserende læge som arbejdsgiver. Overenskomsten bør derfor understøtte en udvikling i retning mod mere effektivt organiserede enheder, bl.a. ved at understøtte god virksomhedsledelse i almen praksis samt effektiv brug af personale

Herudover bør parterne nøje overveje, hvad almen praksis i øvrigt kan gøre for at bidrage til mål om større behandlingskapacitet og forbedret lægedækning, eksempelvis ved at indføre højere og differentierede lukkegrænser.

Det differentierede basishonorar svarer til ca. 0,8 % af det samlede honorar. Der er således tale om en lille ordning med en begrænset rækkevidde og mulighed for at etablere virkningsfuld økonomisk tilskyndelse. Incitamenterne som allerede er indlejret i ordningen, bør styrkes i en kommende aftale. F.eks. ved at allokere flere midler i henhold til de aftalte modeller end de nuværende 60 mio. kr. (16-priser) indenfor den nuværende økonomiske ramme.

RLTN finder desuden, at almen praksis skal aflastes, hvor det er meningsfuldt. Digital understøttelse vil i nogle tilfælde kunne aflaste praksis. Herudover er der områder, som kan forenkles og afbureaukratiseres. Eksempelvis er omfanget af attestarbejde stort i almen praksis. Attestområdet er ikke overenskomstreguleret, men det kan f.eks. aftales mellem RLTN og PLO, hvad der skal til for at lette attestbyrden hos praktiserende læger.

RLTN finder det afgørende, at almen praksis tager ansvar for rekruttering af nye praktiserende læger. En jævn fordeling bør desuden sikres, så det ikke kun er områder omkring de større byer, der opnår bedre lægedækning.

Fx er dimensioneringen af den almen medicinske hoveduddannelse allerede udvidet, men selvom der via uddannelse i fremtiden er nok almen medicinske speciallæger, bør praktiserende læger medvirke aktivt til, at de nyuddannede almen medicinske speciallæger vælger et arbejdsliv i almen praksis.

Som et led i at gøre almen praksis til en attraktiv arbejdsplads er det vigtigt, at mulighederne i overenskomsten for bl.a. ansættelse afspejler yngre lægers behov. En del af de yngre læger har ønske om at indgå i faglige fællesskaber og blive klogere på livet i almen praksis inden der tages beslutning om at investere og være arbejdsgiver i en praksis. Etableringen af mere fleksible ansættelsesformer f.eks. delte stillinger mellem hospital og almen praksis er en oplagt mulighed for yngre læger til at få kendskab til mulighederne i almen praksis og samtidigt arbejde og efteruddanne sig på hospitalsambulatorier eller akutmodtagelser. Delestillinger skal tænkes sammen med bedre muligheder for ansættelse i almen praksis mere generelt.

Det er endeligt vigtigt for RLTN, at praktiserende læger samarbejder med regions- og udbudsklinikker med henblik på at skabe ensartede tilbud for patienten og med henblik på at sikre, at samarbejdsrelationer og -strukturer følger med udviklingen i organiseringen af det samlede almen medicinske tilbud.

### **Nem og fleksibel adgang**

Tilbuddet i almen praksis skal tilpasses i henhold til brugerens behov. Mange borgere spørger, hvorfor er der ikke åbent til kl. 18 hver dag? Hvorfor kan man ikke bestille tid til næste dag om aftenen? Hvorfor kan man ikke få en digital konsultation, mens man er på arbejde?

Borgeren skal nemt og enkelt komme i kontakt med almen praksis og få svar på spørgsmål eller få afklaret et muligt behandlingsbehov.

De muligheder der ligger i digitalisering og ny teknologi, skal udnyttes til at skabe en øget tilgængelighed og bedre kapacitetsudnyttelse i almen praksis. En øget tilgængelighed er først og fremmest målrettet tilmeldte patienter, men skal forstås bredt, så almen praksis er mere tilgængelig også for personale i andre sektorer, herunder personale i kommunerne den øvrige praksissektor.

Borgere skal - uanset hvor de bor i landet - have mulighed for at vælge et tilbud, der sparer borgeren for unødige fysiske besøg hos lægen.

Det indebærer blandt andet, at der skal fokus på at sikre bedre implementering af mulighederne for telemedicinske løsninger og videokonsultationer og -konferencer med personale i kommunerne og på hospitalerne.

RLTN ønsker desuden at adressere det forhold, at nogle patienter oplever, at de kun kan få behandlet én helbredsmæssig problemstilling pr. konsultation. Dette er ikke i overensstemmelse med overenskomsten,

men det lader til at være en udbredt misforståelse blandt praktiserende læger.

Side 5

Det er ikke RLTN's opfattelse, at det nuværende serviceniveau i almen praksis er tilfredsstillende for den almindelige borger. Der er i nogle praksis lange ventetider i telefonen, og i nogle tilfælde besvares telefonen slet ikke. Der kan samtidigt være udbredt brug af vagtringe om eftermiddagen, som de facto indskrænker patientens mulighed for kontakt indenfor dagtiden, herunder bl.a. i forhold til tidsbestilling og generelle gode råd og vejledning. Overenskomsten skal understøtte forbedrede muligheder for kontakt og tidsbestilling, samt generelt understøtte at patientens udrednings- og behandlingsbehov håndteres indenfor dagtiden.

RLTN finder det herudover relevant at udvide åbningstiderne for at imødekomme de behov, som et moderne arbejdsliv og samfund fordrer, f.eks. mulighed for fysisk eller digital konsultation efter kl. 16.00, så borgerne kan behandles hos lægen eller dennes personale uden at skulle tage fri fra arbejde.

Det er væsentligt for RLTN, at parterne i fællesskab finder løsninger på at sikre en bedre tilgængelighed for borgere, som retter henvendelse til almen praksis.

Danmark har tiltrådt FN's handicapkonvention, som medfører pligt til at sikre adgang for personer med funktionsnedsættelser i bredere forstand, herunder blandt andet i forhold til private udbydere af sundhedstilbud. Overenskomsten skal bidrage til, at mennesker med handicap og funktionsnedsættelser har lige adgang til sundhedsydelser på linje med den øvrige del af befolkningen.

### **Samarbejde og integration i det nære sundhedsvæsen**

Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne, hospitalerne og den øvrige praksissektor er af afgørende betydning for et velfungerende nært sundhedsvæsen.

Der er et behov for at sikre en højere grad af integration på tværs af sektorer, i særlig grad i forhold til den gruppe af patienter, som er meget komplekse og som har et stort forbrug af sundhedsydelser i sundhedsvæsenet. Blandt andet finder RLTN det i denne sammenhæng vigtigt, at almen praksis lever op til aftalen om opdatering af FMK, som blev indgået med henblik på skabe forbedret patientsikkerhed ved sektorovergange.

Overenskomsten skal i højere grad medvirke til, at praktiserende læger og kommuner samarbejder om komplekse patienter, som har kontakt på tværs af sektorer. Lægen eller personalet i klinikken skal - hvor det giver

mening - bruge tid på samarbejdet med kommunerne og prioritere tilgængelighed i forhold til kommunalt personale. Lægedækningen af kommunale akutfunktioner og lægedækningen på botilbud skal styrkes og ensartes. I den forbindelse ønsker RLTN bl.a., at almen praksis' opgaver i forhold til kommunerne defineres mere tydeligt aftalemæssigt.

Et styrket nært sundhedsvæsen indebærer et tæt fagligt og operationelt fællesskab om opgaveløsning i forhold til patienter, som har forløb i flere sektorer. Det betyder bl.a., at almen praksis skal understøttes af udadvendte hospitaler, og det betyder, at almen praksis har en opgave og rolle som understøttende for og henvisende til kommunale funktioner og opgaver.

### **Ulighed i sundhed**

Der skal tages de nødvendige skridt til at gøre op med forskelle i behandlingen af patienter i sundhedsvæsenet. Den kommende overenskomst bør derfor sætte fokus på, hvordan almen praksis kan bidrage til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

Social ulighed i sundhed betyder blandt andet, at mennesker med kort uddannelse har større sandsynlighed for at have især multisygdom og kroniske sygdomme som knogleskørhed, KOL, diabetes, hjertesygdom, blodprop i hjernen, slidgigt og vedvarende psykisk sygdom end mennesker med lang uddannelse. Og mange af sygdommene kunne have været forebygget.

Social ulighed i sundhed har en geografisk dimension, fordi der via bolig- og arbejdsmarkedet sker en selektion i befolkningen på baggrund af deres indkomst og uddannelsesniveau. Det betyder, at der i Danmark er store forskelle i middellevetid fra et geografisk område til et andet, også mellem to bydele med få kilometers afstand.

Behandlingstilbuddet i almen praksis skal afspejle de forskelle, der er i befolkningens behov for lægehjælp. Det er særligt relevant i forhold til socialt udsatte, idet gruppen har flere helbredsmæssige problemer end gennemsnitligt og samtidigt har en dårlig egenomsorg.

De ændringer til honorarstrukturen, som blev implementeret i OK-18, medførte dels en ændret vægtning mellem ydelseshonorar og fast honorar (basis- og kronikerhonorar), og dels en mindre differentiering af basishonoraret med henblik på tage højde for forskelle i patienttyngde blandt praktiserende læger. Formålet var at understøtte den arbejdsomlægning, som der er behov i almen praksis i forhold til at påtage sig population-

sansvaret for alle tilmeldte patienters sundhed, herunder også socialt udsatte. Bevægelsen mod at en større andel af den samlede honorering er differentieret og fast skal fortsætte, også i en kommende overenskomst.

Indenfor disse honoreringsmæssige rammer er det afgørende, at almen praksis fortsætter arbejdet med at styrke en differentieret og populationsbaseret tilgang i praksis med henblik på at sikre, at der proaktivt tages hånd om komplekse målgruppers behov for lægehjælp og pleje i et sammenhængende forløb.

Det er et langt sejt træk, og der er brug for en flerfoldet indsats for at komme den sociale ulighed til livs; RLTN ønsker at dagsordensætte problemet i denne overenskomst med henblik på at finde fælles løsninger på såvel forbedret psykisk trivsel og forbedret sundhed hos såvel socialt udsatte som komplekse patienter med høj sygelighed og mange kontakter i sundhedsvæsenet.

### **Kvalitet og efteruddannelse**

Formålet med at introducere en ny kvalitetsmodel baseret på klyngedannelse i den seneste overenskomst var at skabe et rum for datadrevet forbedringsarbejde i almen praksis, som afspejler den måde, vi i sundhedsvæsenet generelt gerne vil basere kvalitetsudviklingen på. Hensigten er at mindske uønsket variation, og dermed øge kvaliteten. Samtidig var det et særligt hensyn at motivere de enkelte læger til at gå ind i kvalitetsudviklingen i et fællesskab, fremfor at basere kvalitetsindsatser på enkeltprojekter og kontrolmekanismer.

Klyngerne er kommet godt fra start. Næsten alle læger er blevet del af en kvalitetsklynge. RLTN ønsker i den kommende periode at bygge ovenpå de gode resultater. Klyngerne skal fortsat spille en aktiv rolle i det kvalitetsforbedrende arbejde med grobund i lægernes faglighed og i samarbejde med regionerne, der bærer det myndighedsmæssige ansvar for kvaliteten i almen praksis. Derudover skal der også være et samarbejde med kommunerne, som de fleste klynger i dag i forvejen efterspørger.

Målet er, at alle læger fortsat arbejder med kvalitetsudvikling i klynger, og at klyngerne skal udvikle sig til at blive en etableret organisering, som kan medvirke til at sætte ind over for identificerede problemer i sundhedsvæsenet, og at det sker i et samspil med det øvrige sundhedsvæsen.

KiAP blev ved den seneste overenskomstaftale etableret som led i et program, der skulle udvikle klyngearbejdet. RLTN ønsker KiAP bevaret som en central understøttende enhed for kvalitetsarbejdet i almen praksis.

Det er dermed RLTN's ønske, at KiAP føres videre som en driftsorganisation. Men der skal i aftalen tages stilling til den fremadrettede opgaveportefølje og funktion, herunder samspillet til øvrige interessenter.

Ud over KiAP skal klyngerne også understøttes af regioner. Arbejdsdelingen skal så vidt muligt afklares i overenskomsten. Hensigten er, at arbejdet i klyngerne så vidt muligt skal koncentrere sig om kvalitetsarbejdet, mens mere administrative opgaver og databearbejdningsopgaver kan håndteres uden for den enkelte klynge.

RLTN ønsker at skabe en større transparens og åbenhed om, hvordan klyngerne bidrager til at forbedre kvaliteten gennem det datadrevne kvalitetsarbejde, herunder synlighed om emner relateret til de nationale mål.

RLTN ønsker endeligt at drøfte forholdet mellem aktiviteten i klynger, efteruddannelse, praksispersonales efteruddannelse og finansiering. Herunder hvordan en kommende overenskomst kan sikre, at alle læger og praksispersonale kompetenceudvikler sig indenfor relevante områder under hensyn til en ikke unødigt belastning af lægen.

### **Digitalisering og data**

Almen praksis skal have redskaberne, der gør det muligt at arbejde populationsbaseret og med blik for, at kun de patienter, der har behovet, er nødt til at møde op i klinikken.

Telemedicinske løsninger skal kunne tages i brug både i dialogen med borgere, med kollegaer på hospitalet og eventuelt i samspillet med kommunerne.

Der skal desuden sættes fokus på fortsat udvikling og implementering af digitale og teknologiske løsninger, som understøtter lægens populationsansvar bl.a. i forhold til en forebyggende indsats for borgere med de største behov. Det kan ligeledes vedrøre løsninger, som gør det muligt for lægen på afstand at følge med i sygdoms- og sundhedstilstand for udvalgte kronikergrupper, og som aktivt inddrager patienten i behandlingen. Et oplagt sted at have fokus i denne sammenhæng er blandt andet på diabetes, fordi lægen ikke behøver skele til antal konsultationer for at opnå honorar. Dermed er incitamenterne til stede.

I takt med en stigende digitalisering er der brug for en øget opmærksomhed på de praktiserende lægers ansvar for egen cyber- og informationsikkerhed, idet det vurderes, at de praktiserende læger ikke i tilstrækkeligt omfang løfter dette ansvar i dag.



Det er RLTN's ønske, at borgerne får en direkte og digital adgang til deres data fra almen praksis på samme måde, som de i en årrække har haft adgang til data til fra det specialiserede sundhedsvæsen. Der skal skabes et grundlag for, at almen praksis deltager i og bidrager til datadeling på tværs af sundhedsvæsenet bl.a. vedrørende aftaler og stamdata, så relevant viden er til stede for involverede parter på tværs af sektorer, og så borgerne ikke skal gentage sig selv eller bære oplysningerne med rundt, men oplever et mere sammenhængende system.

Endvidere er det et opmærksomhedspunkt for RLTN, at de praktiserende læger systematisk skaber forudsætninger for at kunne indberette relevante data om indsatser og resultater til nationale registre med henblik på at understøtte sammenhængende forløb, kvalitetsudvikling samt styring og opfølgning på tværs af sundhedsområdet.

### **Økonomisk ansvarlig aftale**

Den seneste overenskomstaftale indeholdt en historisk stor vækst til almen praksis.

I forhold til en ny aftale er det afgørende, at de nuværende opgaver løses indenfor den nuværende økonomiske ramme med fokus på, hvordan eksisterende ressourcer udnyttes bedre.

Samtidig er det vigtigt, at almen praksis arbejder med at omstille arbejdet i praksis, så nye måder at løse opgaverne på kan udvikle sig inden for den økonomiske ramme.

Aftalen skal sikre en løbende effektivisering, som også kommer den offentlige økonomi til gavn.

Hensynet til regionernes budgetsikkerhed for udviklingen i udgifter til almen praksis nødvendiggør, at der også i den kommende overenskomst aftales en fast økonomisk ramme med tilhørende mekanismer, der skal understøtte incitamenterne for at overholde rammen. Aftalen skal sikre, at økonomiløftet automatisk reduceres i tilfælde af en stigning i omfanget af private udbudsklinikker og regionsklinikker eller bortfald af opgaver, svarende til den aktivitet, der flyttes fra overenskomsten.