

Muligheder og begrænsninger i arbejdet med praksisplaner og underliggende aftaler

Den 27. januar 2015

Sags ID: 1913807

Dok.ID: 1913807

TITF@kl.dk

Direkte 3370 3113

Mobil 2937 1925

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

Telefon

www.kl.dk

Side 1/9

Med ændring af Sundhedsloven i juni 2013 blev kompetencerne og opgaverne for de lokale udvalg¹ også ændret.

Den endelige planlægningskompetence er overgået til regionerne, men samtidig er det fastlagt at samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis skal forgå igennem et formaliseret samarbejde i sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget, samt med inddragelse af patientinddragelsesudvalget og det kommunalt lægelige udvalg (KLU).

For kommunernes vedkommende er arbejdet med praksisplanen politisk forankret i KKR. Med baggrund i KKR's vedtægter er det også KKR, som har udpeget de 5 kommunale repræsentanter i PPU. Det er også via KKR, at det administrative arbejde med at udarbejde forslag til praksisplanen er organiseret.

1. Sundhedsaftaler og praksisplaner

Sundhedsstyrelsen har beskrevet formålet med sundhedsaftalerne som følgende: ”at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner, så den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.” De alment praktiserende læger er forpligtiget til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med

¹ Praksisplanudvalget, Sundhedskoordinationsudvalget, Patientinddragelsesudvalget, Kommunalt lægelige udvalg og Samarbejdsudvalget.

sundhedsaftalerne, men dette forudsætter, at der indgås underliggende aftale vedr. nye opgaver jf. lovbemærkninger til sundhedslovens § 206 a.

./.

Visuelt er arbejdet med praksisplanerne anskueliggjort i bilag 1.

Ved udarbejdelse af praksisplanen er det vigtigt at have for øje, at udgangspunktet for lægernes arbejde er den centrale overenskomst og dertilhørende lokalaftaler. Det betyder, at opgaver som ikke er aftalt i førnævnte ikke vil blive udført af lægerne førend en aftale herom indgås.

2. Hvad kan aftales i Praksisplanudvalget?

Praksisplanerne skal beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen og indeholder overvejelser om kapacitet og fysisk placering af lægepraksis.

Det vil sige at relevante emner vil være:

- Kapacitet og lægedækning
- Decentrale løsninger for sygebesøg og samtaleterapi (visse indsatser for psykisk syge)
- Medicinhåndtering
- Tilgængelighed
- Henvisning til og anvendelse af forebyggelsestilbud

For at anskueliggøre i hvilke forskellige relationer læger kan anvendes er nedenstående figur indsat. Det er vigtigt, at PPU ved aftaleindgåelse tager højde for forskellighederne og sondring mellem ansatte, konsulentydelse og sundhedsydelse. PPU kan udelukkende indgå aftaler som vedr. sidste 2 søjler.

Fig. 1, Aftaler og kontakter med læger²:

Ansatte ej klinisk arbejde	Ansatte klinisk arbejde	Konsulent ydelser	Sundhedsinitiativer	Ressourcer og planlægning
U. 15 t – PLO		PLO	PLO	PLO
O. 15 t. FAS/YL	Protokollat med FAS/YL	Anvendes hvis lægen skal ex. undervise kommunens personale	Sygebesøg Samtaleterapi Opfølgning efter udskrivelse mm.	Generationsskifte Delepraksis Sundhedshuse Personale Samarbejde
Anvendes til eks. bistand ved dagpengesager, forståelse af afgørelser om tilsyn mm.	Eks. misbrugsbehandling	Kontrakt – ej ansættelse	Underliggende aftaler	Underliggende aftaler eller tilladelse
	Individuel (evt. på vilkår svarende til regional OK)	Konsulent timetakst	Takster	
		Ej klinisk arbejde		
Kommunal HR		Kommunen	PPU	PPU eller SU

Aftalekompetence

For at imødekomme sundhedslovens forudsætning om underliggende aftaler kan de lokale parter aftale overenskomstsupplerende aftaler og det er derfor vigtigt, at aftalerne ikke indeholder opgaver, som allerede er dækket af den centrale overenskomst. Kommuner har tidligere forsøgt at få løst relevante problemstillinger vedr. medicinbehandlingen igennem lokalaftaler, men hvor det viste sig, at indholdet i de lokale aftaler var omfattet af ydelserne i overenskomsten. Dermed var de lokale aftaler ikke medholdelige.

Ministeriet den 17. december 2012 har lavet en vejledende udtalelse om spørgsmålet, hvori de anfører:

”Myndighedsansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læge påhviler regionerne, jf. til sundhedslovens § 60, jf. § 57, og de kommunale opgaver efter sundhedsloven fremgår af sundhedslovens afsnit IX.

² Udover den landsdækkende mulighed for at ansætte læger til klinisk arbejde i henhold til protokollat indgået med FAS/YL, kan Københavns Kommune ansætte yngre læger til klinisk arbejde i henhold til protokollat vedrørende afdelingslæger, 1. reservelæger og reservelæger i Københavns Kommune. Såfremt kommunerne anvender muligheden for at ansætte læger til klinisk arbejde indtræder kommunen på almindeligvis som arbejdsgiver med de pligter og ansvar som heraf følger.

Det er på den baggrund ministeriets opfattelse, at en kommune ikke ensidigt kan tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger.”

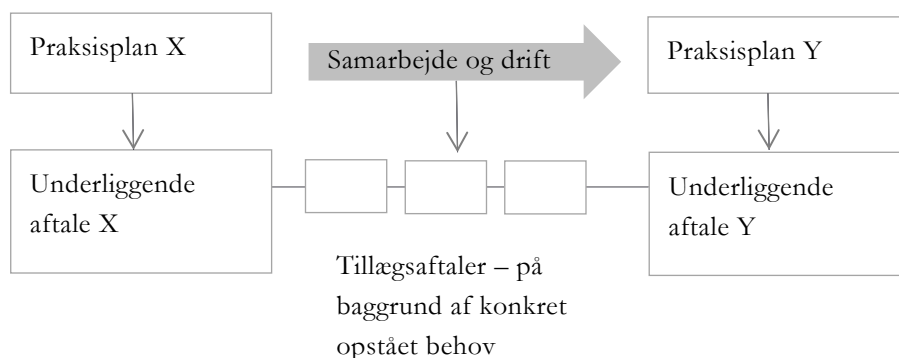
PPU bør derfor i forbindelse med arbejdet få afdækket behovet for opgavehåndteringen, hvad som allerede er en betalt ydelse og få identificeret, hvad der så er den relevante løsning. Det er ikke nødvendigvis nye ydelser, men kan derimod være måder at organisere arbejdet på.

Det er ikke fastlagt, hvem som indgår de underliggende aftaler til praksisplanen. Udgangspunktet for forhandlingerne er dog PPU. Det enkelte praksisplanudvalg bør forholde sig til, hvordan eventuelle bilaterale aftaler mellem to ud af praksisplanudvalgets tre parter kan indgås, og hvordan sådanne aftaler skal bindes til den samlede underliggende aftale.

Ved indgåelse af den underliggende aftale skal der ligeledes tages stilling til eventuel justering, opsigelse eller videreførelse af alle eksisterende § 2-aftaler. Fremadrettet indgår alle lokale aftaler i praksisplanen og skal derfor omfattes af den underliggende aftale. Dette forhold skyldes særligt hensynet til, at praksisplanudvalget er ansvarligt for at skabe sammenhæng i det alment medicinske tilbud til borgerne i regionen samt for at fordele og prioritere den samlede mængde lægeressourcer i regionen til de opgaver, som praksisplanudvalget beslutter, at almen praksis skal varetage.

Målsætningen er, at der indgås en underliggende aftale, med de tre parter som underskriver og som favner den ressourceanvendelse, der ønskes i praksisplanen. Virkeligheden vil dog være, at udover den forhandling, som vil være i forlængelse af en ny praksisplan eller en revision af en gældende praksisplan, vil der opstå behov over tid for aftaler om konkrete problemstillinger. Det kan dreje sig om emner, som falder inden for praksisplanen og hvorved kommunerne, regionen og PLO-regionalt er aftalepart.

Fig. 2, Praksisplaner og underliggende aftaler:



PLO-regionalt kan også indgå bilaterale aftaler med myndigheder (kommuner, regioner eller stat) omkring emner, der ikke er allerede er omfattet af den offentlige ordning om vederlagsfri lægehjælp. F.eks. en læge eller lægens organisation siger ja til at undervise kommunens personale om lægefaglige problemstillinger. Sådanne opgaver bør som udgangspunkt ikke indgå i PPU-drøftelserne, se figur 1.

3. Kommunalt lægelige udvalg

Lovændringen betød ikke en nedlæggelse af de kommunalt lægelige udvalg (KLU), eller en ændring af deres opgaver, men KLU skal finde deres rolle i relationen til praksisplanudvalget. KLU'erne er tiltænkt en rolle i forhold til tidligt i processen at bidrage med input til praksisplanerne i form af forslag til lokalaftaler. KLU'erne er derfor en relevant hørringspart i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanen, da de ville kunne tilvejebringe information om de lokale forhold. Herudover vil KLU forsat kunne udarbejde udkast/forslag til lokalaftaler, som de skal sende til PPU (og til dem, som har aftalekompetencen). Det kan foregå efter forespørgsel fra PPU eller af egen drift. Der kan derfor være et behov for at organisere samarbejdet med KLU'erne på en sådan måde, at de inddrages som en sparringspart til de kommunale PPU-medlemmer og ikke som en parallelproces til PPU arbejdet.

PPU vil også kunne vælge, at der indenfor regionen er mulighed for forskellige modeller og dermed give KLU kompetence til at bestemme, hvilken model de ønsker for deres kommune. Det vil dog forsat være gennem PPU, at den formelle aftale indgåelse vil foregå.

Relevante emner og opgaver for KLU:

- Arbejdsgange i samarbejdsrelationen med almen praksis
- Fokus på særlige lokal behov
- Hvad gør man lokalt? – herunder input til praksisplanen eller lokal stillingtagen til PPU-rammemodeller
- Gensidig informationsudveksling med lægerne
- Tænke lægerne ind før der besluttes sundhedsmæssige initiativer i kommunen

Der foreligger en vejledning om arbejdet i KLU'erne, der blandt andet beskriver emner, der kan diskuteres i udvalgene. Vejledningen er imidlertid ikke opdateret i forhold til de ændrede beslutningsgange som konsekvens af den nye sundhedslov.

4. Overenskomsten om almen praksis

I afgrænsningen af hvad man kan indgå aftaler om, bør man forholde sig til overenskomsten opbygning og indhold. Overenskomsten er baseret på en række forskellige afregningstyper, som alle har en ydelseskode og en fastsat takst, som bliver reguleret 1. april og 1. oktober. Udgangspunktet er, at lægen får et basishonorar for at have en patient tilmeldt praksis, samt et praksisomkostningshonorar pr. læge. Der følger ikke andre forpligtelser med basishonoraret end at praksis skal have patienten i sit register og være klar til at levere ydelser til patienten. Der er ikke opstillet særlige betingelser knyttet til praksisomkostningshonoraret.

Hertil kommer en række grundydelse såsom, konsultation, sygebesøg, samtaleterapi, årskontroller for kronikere mv. Ydelsen udløses ved kontakt med patienten, altså cpr. afhængigt. Disse ydelser kan kombineres med forskellige tillægsydelser, som enten er rettet mod en særlig behandling, f.eks. operation for dybdeliggende betændelse eller for bestemte handlinger som lægen skal foretage i forbindelse med konsultationen f.eks. forsendelse af biologisk materiale.

Overenskomsten indeholder også en række ydelser, som vedr. lægens samarbejde med kommunen i det socialmedicinske arbejde, f.eks. telefoniske henvendelser og møder med kommunens medarbejder. Herudover er der fastsat, at elektronisk kommunikation med kommunens plejepersonale afregnes efter samme takst som e-konsultation med patient. De lokale aftaler må ikke kollideres med det som allerede er fastlagt i overenskomsten.

5. Decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi

En væsentlig del af forhandlingsaftalen af 1. marts 2014 var at parterne enedes om at give mulighed for at decentralisere sygebesøg og samtaleterapi. Mekanismen er aftalt således, at de ydelser og her tilhørende betingelse som knytter sig til de to områder forsat er i den centrale overenskomst ind til de lokale parter, som led i praksisplansudvalgsarbejdet indgår en aftale om hvorledes eks. sygebesøg varetages lokalt (regionsniveau). Herefter borfalder bestemmelserne i den centrale aftale og økonomien flyttes ud lokalt. Der er ikke noget krav om, at det skal foregå i samme tidskadence eller med samme indhold, derimod er der en forventning fra de offentlige parter om, at der findes dækkende løsninger i en lokal kontekst.

Ønsket om at decentralisere **sygebesøg** skyldes i høj grad, at det er et område hvor der kan være store forskelle i serviceniveauet blandt lægerne og hvor opgaver – som eksempelvis besøg på akutpladser ikke er fastlagt i overenskomsten. Derudover kendetegner sygebesøg sig ved, at gode

løsninger kræver tilpasning til de lokale forhold. Det bør også i denne sammenhæng overvejes om alle læger skal være forpligtet til at varetage denne opgave eller om den bedre varetages af en gruppe af læger som selv byder ind (ex større lægepraksis).

Sygebesøg ifølge den centrale ordning kan beskrives som følgende:

- Konsultation i borgerens hjem
- Modtagere af ydelsen er særligt skrøbelige ældre, men også almindelige patienter.
- Foretages hvis lægen skønner det nødvendigt.
- Ydelsen dækker over tid, hertil kommer kørselsgodtgørelse.
- Hvis sygebesøget foretages af praksis med én læge betyder det, at praksis er lukket for konsultation i samme tidsrum.

Samtaleterapi har været en ydelse i overenskomsten for almen praksis 1995, men målgruppen for behandlingen har ikke været klart defineret. Baggrunden har dog været, at rigtig mange af de henvendelser som almen praksis modtager skyldes psykiske lidelser såsom depression og angst og man derfor ønskede et behandlingstilbud i almen praksis. Decentralisering af samtaleterapi skyldes, at regionerne i flere år har været utilfredse med brugen af samtaleterapi i almen praksis. Ydelsen har fra indførelsens start haft en hård medfart, hvilket skyldes usikkerhed om, hvorledes effekten er ud fra et overordnet perspektiv. Nogle læger har en stor interesse for behandling af de ikke-psykotiske sygdomme og giver patienterne et behandlingstilbud, som kan være med til afværge et længere forløb med eksempelvis psykologbehandling. Andre læger derimod bruger ikke ydelsen som den er tiltænkt. I mange regioner har man gennem de senere år arbejdet med tværsektorielt samarbejde om borger med psykiatriske problemstillinger og det giver derfor god mening, at også denne ydelse lægges ud til en mere dækkende indsats for psykisk syge.

Samtaleterapi ifølge den centrale ordning kan beskrives som følgende:

- Kræver diagnosekodning i lægens IT-system i henhold til ICPC (den internationale diagnoseklassifikation for almen praksis), inkl. henvendelsesårsag og indikation. Oplysningerne opfanges af datafangstmodulet³.

³ Datafangst er et program, som installeres i den praktiserende læges journalsystem. Når der i klinikkens lægesystem indtastes strukturerede data, opsamler Datafangst løbende kopier af disse og sender dem til Dansk Almen Medicinsk Database, DAMD. Oplysningerne lagres i databasen på ydernumre og bearbejdes til kvalitetsrapporter, der giver lægen overblik over sin patientpopulation via diverse uddrag trukket på diagnoser, symptomer og undersøgelser mv. Det er kun lægen selv, der har adgang til se egne kvalitetsrapporter.

- Forløbsydelse (min. 2 samtaler indenfor 6 mdr.) og maks. 7 per år.
- Kræver lægen kan dokumentere kvalifikation.
- Borgerne har typiske kontakt med både det kommunale system og med andre regionale sektorer.
- Uensartet forbrug af ydelsen.

6. Overvejelser om den gode aftale

KL har i samarbejde med Danske Regioner udarbejdet et støtteværktøj, som gør opmærksom på de overvejelser kommuner og regioner bør gøre sig i forbindelse med udarbejdelsen af den underliggende aftale. Nedenstående er relevante opmærksomhedspunkter:

- Niveau for honorering
- Aftalens målgruppe
- Opsigelses bestemmelser
- Styring af økonomien
- Gennemsigtighed
- Genforhandlingsmulighed

Bilag 1:

Sammenhæng mellem de forskellige udvalg og processer

