



Kommunernes Landsforening  
Weidekampsgade 10  
2300 København S

Sagsnr.  
2012-1112

Dokumentnr.  
2012-103849

### **Bilag 1 Københavns Kommunes ønsker til krav til ny overenskomst**

KL har anmodet kommunen om at indsende ønsker til krav til den nye overenskomst for de praktiserende læger.

Sundheds- og Omsorgsudvalget i Københavns Kommune har godkendt ønskerne til krav på møde den 1. marts 2012.

For Københavns Kommune er det centralt, at kommunerne i den nye overenskomst får en mere central rolle, der støtter kommunerne i at være en central aktør i det nære sundhedsvæsen.

De centrale krav for Københavns Kommune er

1. Almen praksis skal forpligtiges ift. sundhedsaftalerne
2. Økonomien i almen praksis
3. Samarbejdet om ældre medicinske patienter mellem kommune og almen praksis skal understøttes i overenskomsten.
4. Kronisk sygdom og borgerrettet forebyggelse.

Efter centrale krav er der anført en række andre krav af mere konkret karakter.

#### **1. Alle parter bør være repræsenteret og ligeligt forpligtet i sundhedsaftalerne**

De praktiserende læger er en central samarbejdspart i arbejdet med sundhedsaftalerne. De er i dag ikke direkte aftalepart i sundhedsaftalen. Den nye overenskomst skal understøtte de praktiserende lægers forpligtigelse i sundhedsaftalen. I den nye overenskomst kan f.eks. beskrive lægernes "generelle" opgaver i samarbejdet mellem kommune, hospital og almen praksis f.eks. praktiserende lægers koordinatorfunktionen

- **Det foreslås KL, at almen praksis skal forpligtiges ift. Sundhedsaftalerne.**

#### **2. Økonomien i almen praksis**

Ved de sidste overenskomstforhandlinger var honorering af de praktiserende læger et af de store emner. Overenskomstens parter aftalte, at der i den kommende periode skulle arbejdes videre med, hvordan de praktiserende læger skal honoreres. For Københavns Kommune er det centralt at en ændret honorarstruktur skal have fokus på at der skal etableres tættere samarbejde med de praktiserende læger og kommu-

Sjællandsgade 40  
2200 København N

Telefon  
3530 3868

E-mail  
B085@suf.kk.dk

EAN nummer  
5798009290809

www.kk.dk

nerne. Københavns Kommune kan ikke pege på en entydig fremtidig model for honorering af de praktiserende læger. Det handler om at finde den ”gode” model der sikrer incitament til samarbejde, helhedsløsninger og mindre fokus på honorering i forhold til aktivitet. Følgende modeller kunne afprøves og evalueres..

- Trækningsret (ret til begrænset træk på et bestemt antal ydelser hos almen praksis)
  - Bornholmermodel (basishonorering og ikke ydeshonorering)
  - Engelsk model (finansiering efter kvalitet – faglige indikatorer)
- **Det foreslås KL, at der i den næste overenskomstperiode skal der afprøves forskellige finansierings/honoreringsmodeller.**

### 3. **Samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om ældre medicinske patienter og borgere skal understøttes i overenskomsten.**

Den kommende overenskomst bør udvides med et særligt ”kommunalt afsnit”, som fokuserer på den lægelige supervision og samarbejde med kommunerne og understøtter kommunernes rolle i det nære sundhedsvæsen. Der er behov for en styrket almen praksissektor, som er tilgængelig for den kommunale sygepleje hele døgnet i forhold til tidlig indsats overfor bl.a. ældre medicinske patienter og borgere med kronisk sygdom.

Der skal fokuseres på følgende:

#### *a. Deltagelse i afprøvning af modeller vedr. shared*

Afprøvning af nye modeller vedr. shared care for at forebygge indlæggelser er centrale i den fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen. Almen praksis er en vigtig aktør.

- **Det foreslås KL, at de praktiserende læger skal forpligtiges til at deltage i afprøvning af Shared Care modeller mellem kommuner, hospital og almen praksis i forhold til at forebygge indlæggelser.**

#### *b. Mulighed for møde om konkrete komplekse borgere mellem den kommunale sygepleje og de praktiserende læger.*

Den kommunale sygepleje har i stigende grad brug løbende at kunne drøfte komplekse borgere med praktiserende læger uden at der er en særlig anledning f.eks. en indlæggelse. Der skal indføres mulighed for at møder mellem de praktiserende læger og den kommunale sygepleje. Møder kan f.eks. foregå som telemedicinske konferencer/telemøder.

- **Det foreslås KL, at der etableres mulighed for møde om konkrete komplekse borgere mellem den kommunale sygepleje og de praktiserende læger**

*c. Faste læger på kommunale institutioner f.eks. plejehjem*

Plejehjem/plejecentre samt rehabiliteringsenheder bør have en fast tilknyttet praktiserende læge, der både kan varetage patientbehandling og supervision af personalet. Borgerens ret til selv at vælge egen læge skal respekteres.

- **Det foreslås KL, at der under hensyntagen til borgernes frie lægevalg etableres mulighed for fast læge på plejehjemmene.**

*d. Medicingennemgang*

Et af de store samarbejdsområder mellem de praktiserende læger og kommunerne er medicinområdet. Det er nødvendigt for den kommunale sygepleje at være opdateret om den aktuelle medicin, som borgerne modtager. Der er derfor nødvendigt, at der sker en systematisk gennemgang af den medicin som udsatte borgerne modtager. I Region Syddanmark er deri regi af samarbejdsudvalget for almen praksis indgået en aftale mellem regionen og lægerne om systematisk medicingennemgang hos ældre patienter. Aftalen sætter bl.a. fokus på centrale elementer i overenskomsten i forhold til at sikre medicingennemgang. Indholdet i aftalen bør indtænkes i den nye overenskomst således, at systematisk medicingennemgang bliver en fast ydelse i almen praksis.

- **Det foreslås KL, at der i overenskomsten sætter fokus på brug af ydelser, hvor medicin indgår med henblik på at sikre systematisk medicingennemgang.**

*e. Skriftlig information/journaloplysninger fra praktiserende læger til den kommunale sygepleje og omvendt*

Med de stadigt mere komplekse sygeplejeopgaver som den kommunale sygepleje varetager, er det ofte nødvendigt for sygepleje at få skriftlige informationer om den enkelte borger fra lægen bl.a. i forhold til dokumentation. Sygeplejen oplever tit, at lægerne ikke giver oplysninger uden at de får en anmodning om en statusattest. Det er vurderingen, at der ikke er tale om oplysninger, der har et omfang, der nødvendiggør udfyldelse af en statusattest. Der bør ske en præcisering af lægernes pligt til at kommunikere med kommunen og handle på baggrund af den viden. Der bør ligeledes indsættes en forpligtigelse til at modtage og handle på viden de modtager fra kommunen f.eks. observationer fra sygeplejen.

- **Det foreslås KL, at det i overenskomsten indsættes en bestemmelse om at lægerne skal bidrage med nødvendige journaloplysninger til brug for kommunens plejepersonale.**

- **Det foreslås KL, at lægerne forpligtiges til at handle på den viden de modtager fra kommunen.**

#### **4. Kronisk sygdom og borgerrettet forebyggelse**

Der er brug for et **paradigmeskift fra en reaktiv til en proaktiv adfærd opsøgende forebyggelsesindsats.**

##### *a. Borgere med kronisk sygdom*

I alle regioner er der nu udarbejdet forløbsprogrammer for borgere med kroniske sygdom. Københavns Kommune har etableret tilbud til borgere med kronisk sygdom og tilbyder rehabilitering til borgere med KOL; type 2 diabetes og hjertekar sygdomme.

I forhold til målgruppen for rehabiliteringstilbudet vurderer kommunen, at ikke alle borgere bliver henvist. Der skal sættes fokus på henvisning til de kommunale sundhedstilbud og arbejdes med systematisk henvisning af borgere med kroniske sygdom til rehabiliteringstilbud.

Hver enkelt almen praksis kunne få til at opgave - ud fra datafangst - at opgive hvor mange kronikere de har tilknyttet praksis, og hvor stor en andel af disse, der har fået tilbud om en henvisning til et sundhedstilbud og hvor mange heraf der *er* blevet henvist. Måske en ide at det bliver lægelaugene, der i fællesskab får denne opgave og måske opgør på lægelaugs niveau og derved får mulighed for at påvirke hinanden positivt og undgår at udstille de praksis der ligger lavt i brugen af sundhedstilbuddene.

- **Det foreslås KL, at de praktiserende læger skal forpligtiges til at følge forløbsprogrammerne og i større omfang henvise til kommunale sundhedstilbud.**

##### *b. Borgerrettet forebyggelse*

Almen praksis er en vigtig arena for den borgerrettede forebyggelse. Almen praksis har mange kontakter med borgere med risikoadfærd i form af rygning, overforbrug af alkohol, fysisk inaktivitet og uhenigtsmæssige kostvaner, lang tid før risikoadfærden udløser kronisk sygdom, afhængighed eller andre følgesygdomme.

- **Det foreslås KL, at de praktiserende læger skal have en mere opsøgende adfærd i forhold til de borgere, der er i størst risiko for at udvikle kroniske sygdomme f.eks. rygere og borgere med et BMI over 30.**
- **Det foreslås KL at lægerne skal kunne bidrage med data, der understøtter i kommunerne i forebyggelsesarbejdet**

## **B. Andre krav**

### **5. Pligt til at indberette fravær og udvikling af fraværsagent**

Ved de sidste overenskomstforhandlinger blev det muligt for alle kommunerne og lægelaug i regi af det kommunale lægelige udvalg at indgå en aftale om elektronisk kommunikation – korrespondancemeddelelse. I dag er det frivilligt for lægerne at indberette deres fravær. Af hensyn til borgerne er det vigtigt, at kommunerne får besked, når lægen er fraværende fra sin praksis mere end 3 dage.

Det blev mellem overenskomstens parter aftalt, at der skulle udvikles løsninger til hvordan kommunerne bliver informeret, når lægerne var fraværende fra deres praksis (ikke stede agent). Der er stadig ikke udviklet en permanent løsning. Det er vigtigt, at den nye løsning er nem for lægerne at bruge, og samtidig giver kommuner et samlet overblik lægernes fravær uden at der skal bruges store administrative ressourcer.

- **Det foreslås KL, at lægerne skal forpligtiges til at indberette deres fravær elektronisk.**

### **6. Ulighed i sundhed - øget fokus på borgere med psykiske sygdomme og socialt udsatte**

Københavns Kommune oplever en generel problemstilling vedrørende ulighed i sundhed. Alkoholikere, stofmisbrugere, hjemløse, stærkt psykisk syge mv. er markant mere syge end resten af befolkningen og deres vurdering af eget helbred er meget dårligere. Nye tal viser, at psykisk syge mennesker i gennemsnit dør 20 år før andre - selvmord udgør en væsentlig dødsårsag blandt psykisk syge, men somatiske sygdomme er også en væsentlig baggrund for en lavere middellevetid, og kan forklare cirka halvdelen af den generelle ulighed i sundhed. Psykisk syge har i højere grad en levevis præget af uhensigtsmæssige kostvaner, rygning, fysisk inaktivitet, overvægt og misbrug. En del af forklaringen er, at kun få borgere med psykiske lidelser opsøger og har effekt af de konventionelle sundheds- og forebyggelsestilbud

#### **Det foreslås KL:**

- **at der sættes fokus på ulighed i sundhed i den nye overenskomst ved vidensindsamling og ved at indføre et årligt helbredsundersøgelse og systematik medicingennemgang for bl.a. stærkt psykisk syge, alkoholikere, hjemløse, stofmisbrugere**
- **at der i arbejdet med ændret honorarstruktur sættes særligt fokus på at udvikle en incitamentsstruktur der tager højde for de særlige problemstillinger, der kendetegner udsatte borgere. Et meget væsentligt element heri er udgående funktioner.**

### **7. Tvangsindlæggelser**

Københavns Kommune oplever, at det ofte er meget svært at få patientens egen læge til at rykke ud og skrive ”røde eller gule papirer” i forbindelse med en tvangsindlæggelsessituation. Dette lægearbejde er tidkrævende, og honoreringens størrelse kan spille en rolle for at den praktiserende læge ofte undslår sig.

- **Det foreslås KL, at honoraret for tvangsindlæggelse vurderes nøje og at honorarets størrelse afspejler tidsforbruget.**

### **8. Varetagelse af opgaver for andre praktiserende læger/udbud af kommunale almen praksis opgaver**

Med stadig flere kommunale opgaver på sundhedsområdet vil kommunerne også få brug for, at de praktiserende læger varetager stadig flere lægefaglige kommunale ”sundhedsopgaver” f.eks. behandling af borgere på akutpladser, opfølgende hjemmebesøg og generel sygdomsfaglig rådgivning til kommunens institutioner f.eks. en ”telefonisk bagvagt” for sygeplejeklinikker. I Københavns Kommune kendes et begreb, der hedder ”kattelemslæger”. Dette er læger, der påtager sig at varetage lægefaglige opgaver, som deres kollegaer af forskellige årsager ikke ønsker at varetage. Disse læger har meldt sig til at varetage opgaven. Dette gælder især ved opstart af nye opgaver/patienter.

- **Det foreslås KL, at skal skabes mulighed for at kommunen kan udbyde lægefaglige sundhedsydelser til en gruppe af praktiserende læger.**

### **9. Handicaptilgængelighed**

Forbedret tilgængelighed og forhold for bevægelseshæmmede hos praktiserende læger bør prioriteres. Kravene til indretning skal skærpes.

- **Det foreslås KL, at det af den nye overenskomst skal fremgå lægepraksis skal indrettes i overensstemmelse med bygningsreglementet f.s.v.a bevægelseshæmmede.**

### **10. Ny ydelse telemedicin - et ”uundgåeligt” og ønsket arbejdsredskab.**

Almen praksis bør have ”hjælp” (tilskud til etablering) til at sikre at de kan anvende de nuværende/kommende teknologiske muligheder, fx understøtning til deltagelse i telemøder.

- **Det foreslås KL, at der indføres en ny ydelse om anvendelse af almen praksis’s deltagelse i telemøder (som det kendes fra e-kommunikation).**

### **11. Ny ydelse UTH – deltagelse i arbejdet om sektorskit**

Landsoverenskomsten skal understøtte arbejdet omkring utilsigtede hændelser.

- **Det foreslås KL, at der indføres en ny ydelse muligt at anvende en ydelse i landsoverenskomsten, som kan anvendes ved behov for at mødes med almen praksis for at følge op på og forebygge utilsigtede hændelse, fx som deltager i et telemøde.**

## **12. Optimering af samarbejdet mellem praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste**

Københavns Kommune ønsker at samarbejdet med de praktiserende læger optimeres

**Det foreslås KL,**

- **at der i overenskomsten skabes mulighed for elektronisk kommunikation (korrespondancemeddelelse) mellem den kommunale sundhedstjeneste og lægerne som det kendes fra ældreområdet i form af en rammeaftale**
- **at sikre samarbejde mellem den enkelte sundhedsplejerske og praktiserende læge ved tidlig indsats og ny viden, gennem dialog, koordinering og møder**