

NOTAT

Opgang B & D
Telefon 3866 6008
Direkte 3866 5242
Mail csu@regionh.dk
Journalnr. 16016369

Dato: 23. april 2016

Rammer og vilkår for praksissektoren

Dette notat gennemgår rammer og vilkår for levering, regulering og styring af sundhedsydelse i praksissektoren. Praksissektoren omfatter syv overenskomstområder henholdsvis alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter samt psykologer.

I den første del af notatet vil de generelle forhold for alle syv overenskomstområder blive behandlet, mens anden del af notatet vil fokusere på de tre største overenskomstområder henholdsvis alment praktiserende læger, speciallæger og tandlæger.

Sammenfatning

Regionerne har mulighed for at påvirke økonomien og styringen af sundhedsydelse i praksissektoren gennem bl.a.:

- At søge indflydelse på de nationale overenskomster og ved formuleringer af overenskomstkra
- At søge indflydelse på arbejdet med nationale strategier og politikker, som involverer praksisområdet
- At benytte sig af de nye muligheder i sundhedsloven, f.eks. ifm regulering af almen praksis (geografisk og kapacitetsmæssigt)
- Anvendelse af lokalaftaler, som bl.a. kan aflaste hospitalerne. Det betinger dog, at parterne kan blive enige, og ofte at der er særskilt finansiering.
- Praksisplanarbejdet, hvor både kapacitet, tværsektorielt samarbejde og kvalitetsarbejdet tilrettelægges for almen praksis.
- Moderniseringerne af specialerne på speciallægeområdet.
- Controlling af forbrug og aktivitet, bl.a. af gråzoner i forhold til anvendelsen af ydelseskombinationer.

Rammer på nationalt niveau

Udvikling i praksissektoren

Praksissektoren leverer i dag størstedelen af de ydelser, borgerne modtager uden for hospitalsvæsenet og er indgangen til sundhedsvæsenet for borgerne. Den teknologiske udvikling fremmer muligheden for, at specialiserede funktioner bliver mindre kom-

plekse og dermed kan varetages i praksissektoren. Der sker således løbende en prioritering af, hvilke opgaver der bedst kan løses i praksissektoren ud fra LEON-princippet (lavest effektive omkostningsniveau). Ligeledes aftales konkret opgavedeling mellem praksissektor og hospitaler, som det f.eks. er tilfældet med forløbsprogrammerne.

Endvidere indebærer bl.a. en ny hospitalsstruktur, at funktioner og specialer bliver samlet på færre og større enheder for at opnå højere effektivitet og kvalitetsmæssig bæredygtighed. En af konsekvenserne heraf er, at flere borgere får længere afstand til hospitalet. Kvalificerede og nære tilbud i praksissektoren kan sikre, at patienter, der ikke har behov for højt specialiseret hospitalsbehandling, får tilbud tættere på hjemmet.

Aftalesystemet

Lovgivningen for praksissektoren og økonomiaftalerne fastsætter de overordnede rammer og krav til regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Sundhedsloven fastslår regionernes forsyningspligt og økonomiansvar for praksissektoren.

De specifikke rammer og krav for praksissektoren er reguleret i overenskomstaftalerne indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), og den faglige organisation for hvert overenskomstområde.

RLTN består af ni medlemmer og stedfortrædere for disse. De fem regioner indstiller hvert ét medlem, KL indstiller to medlemmer, mens Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet hver indstiller ét medlem.

Overenskomsterne fastsætter bl.a. vilkårene for den enkelte yders behandling, honorarkrav samt for regionernes styringsmuligheder. Yderne skal tilslutte sig overenskomstaftaler for at kunne levere ydelser til praksissektoren. Yderne er selvstændige erhvervsdrivende, hvilket betyder, at regionerne ikke har instruktionsbeføjelser overfor yderne. Det medfører, at når regionen eksempelvis udvikler vejledninger om god patientkommunikation på hospitalerne, er det ikke muligt på samme måde at forpligte praksissektoren til at anvende vejledningerne, med mindre den lokale yderorganisation er indstillet på at indgå aftale herom.

Regionerne har med udgangspunkt i overenskomsterne begrænsede muligheder for at påvirke forbruget af ydelser, da det primært er afhængigt af borgernes efterspørgsel. Samtidig er overenskomstsyste­met baseret på tillid til, at yderne indberetter de ydelser, der er leveret. Regionerne kan ikke kontrollere, om udbetalingen af honorar til yderne modsvarer den ydelse, som borgerne har modtaget.

Overenskomstaftalerne er typisk indgået for en 2-4 årig periode, eller indtil de opsiges af en af parterne. Hvis en overenskomst opsiges, og Regionernes Lønnings- og Takstnævn ikke er blevet enige med yder­nes organisation om en ny aftale, er det Sundheds- og Ældreministeriet, som fastsætter vilkårene for det offentlige tilskud for behandling

i praksissektoren jf. sundhedslovens § 229. Borgerne har i situationer, hvor der ikke foreligger en aftale, forsat ret til at få fuldt eller delvist finansieret ydelserne.

I forbindelse med overenskomstforhandlingerne har regionsrådet mulighed for at formulere overenskomstkraav, der kan forbedre regionens mulighed for fx økonomi- og kapacitetsstyring og kvalitetsudvikling. Kraavene indsendes til Danske Regioner, som er ansvarlig for at koordinere kraavene på tværs af de fem regioner.

Det er regionsadministrationens vurdering, at overenskomstforhandlingerne typisk resulterer i mindre justeringer af overenskomsteksten, og at egentlige ændringer typisk tager en længere årrække, hvor der undervejs skal arbejdes med at opnå politisk indflydelse.

På de områder hvor RLTN og de faglige organisationer har vanskeligt ved at nå til enighed, nedsættes der typisk en arbejdsgruppe med repræsentation for overenskomstens parter, der får til opgave at arbejde videre med en given problemstilling frem til den næste overenskomstforhandling.

Andet arbejde på nationalt niveau

Regeringens sundhedstiltag, finanslov og økonomiaftaler er også steder, hvor arbejdet med at påvirke udviklingen i sundhedssektoren pågår.

Eksempelvis fremgår det af økonomiaftalen for 2016, at der skal udarbejdes en samlet plan om det borgernære og sammenhængende sundhedsvæsen, der med en sammenlægning af hospitalsfunktioner, praksissektor og kommuner skal sikre en effektiv og sammenhængende indsats for særligt de ældre patienter og mennesker med kronisk sygdom. Dette udvalgsarbejde har deltagelse af Danske Regioner, KL, Social- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet (formand).

Rammer på regionalt niveau

Samarbejdsudvalgene

Der er nedsat et lokalt samarbejdsudvalg for hvert af de syv praksisområder i hver region. Udvalgene er paritetiske og dermed ligeligt sammensat af repræsentanter for regionsrådet og repræsentanter for yderne i regionen. Samarbejdsudvalgene kan udelukkende træffe afgørelser i enighed. Såfremt der ikke kan opnås enighed, oversendes sagen til Landssamarbejdsudvalgene.

Samarbejdsudvalgene behandler den årlige kontrolstatistik og kan iværksætte sanktioner over for yderne. Samtidig vejleder udvalgene i forståelse og anvendelse af de landsdækkende aftalers enkelte bestemmelser og drøfter og evaluerer ydernes anvendelse af eventuelle lokale aftaler i regionen. På alle områder undtagen almen praksis og tandlægeområdet varetager samarbejdsudvalgene desuden en vigtig rolle i forhold til udformning og implementering af en praksisplan.

Udfordringen i forhold til aftalesystemet er, at parterne kan vælge at erklære sig uenige med ordlyden i en konkret paragraf. Et eksempel er kiropraktorområdet, hvor der siden 2010 har været en meget klar formulering om tilgængelighed. Af § 20, stk. 1 fremgår det, at ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis skal lokalerne være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler, således at der etableres niveaufri adgang og handicaptoilet.

Dansk Kiropraktor Forening er dog ikke enig i denne fortolkning. En konkret flyttesag, hvor regionen ønsker at pålægge en kiropraktor at opsætte opklappelige armstøtter, har derfor både været behandlet i Samarbejdsudvalget og Landssamarbejdsudvalget uden, at der kunne opnås enighed. Dansk Kiropraktor Forening henviser til, at det til en hver tid vil være de krav, som kommunen stiller til eksisterende bygningsmasse eller ved væsentlige ombygninger, som er afgørende for, om der skal etableres handicappede adgangs- og toiletforhold.

Praksisplaner og praksiskonsulentordninger

På nær tandlægeområdet, hvor der ikke er planbestemmelser i overenskomsten, skal der i henhold til overenskomsten udarbejdes praksisplaner på samtlige yderområder i praksissektoren. Hvor det er Praksisplanudvalget, der udarbejder planen for almen praksis, er det på de øvrige områder samarbejdsudvalgene, der udarbejder planerne. Det er regionen, der i sidste ende vedtager en praksisplan, bortset fra på fysioterapien, hvor myndighedsansvaret er delt, idet den vederlagsfri fysioterapi henhører under kommunerne.

Alle praksisplaner regulerer kapacitet, samarbejde, kvalitet og udvikling på det pågældende område.

Ligeledes er der etableret praksiskonsulentordninger på samtlige områder på nær speciallægeområdet. Praksiskonsulenterne arbejder med faglig rådgivning, udvikling af samarbejde og kvalitet ud fra anbefalingerne i praksisplanen, eller øvrige projekter vedtaget af samarbejdsudvalget. På speciallægeområdet anvendes med henblik på faglig rådgivning repræsentant er for de enkelte specialer.

På almen praksis området er det KAP-H (Kvalitet i Almen Praksis - Hovedstaden), der organiserer praksiskonsulentarbejdet. Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden har sammen etableret KAP-H, som er fælles konsulentordning, der ud fra fælles mål arbejder for udvikling af almen praksis som en vigtig del af det samlede sundhedsvæsen. Formålet med konsulentordningen er at fremme kvalitetsudvikling i almen praksis og i det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen til gavn for regionens borgere. En række af anbefalingerne fra praksisplanen vil blive implementeret gennem KAP-H, men KAP-H har derudover et stort og omfattende kvalitetsarbejde, der fremmer sammenhængende patientforløb, patientsikkerhed, patientoplevelset kvalitet, implementering af Den Danske Kvalitetsmodel og efteruddannelse i almen praksis.

Lokalaftaler

Regionerne kan indgå lokale aftaler, som giver yderne mulighed for at levere ydelser, der ikke er omfattet af overenskomsten. Det er dog en forudsætning, at der skal findes særskilt finansiering hertil.

Et eksempel er opfølgende hjemmebesøg, som skal sikre, at den praktiserende læge og den ansvarlige kommunale hjemmesygeplejerske i forbindelse med udskrivning af skrøbelige patienter følger op på epikrisen fra hospitalet. Aftalen benyttes af både kommune og læger i varierende omfang. Lægerne er ikke enkeltvis forpligtet til at tilslutte sig en lokalafale.

Økonomi

Nedenfor ses Region Hovedstadens udgifter til de 7 overenskomstråder i 2014.

Tabel 1: Region Hovedstadens udgifter til de 7 overenskomstråder.

Overenskomst	Mio. kr. 2015
Almen lægehjælp	2.443
Speciallægehjælp	1.464
Tandlægehjælp	492
Fysioterapi	151
Kiropraktor	35
Fodterapi	28
Psykologbehandling	75
I alt	4.688

Det fremgår af tabel 1, at udgiften til de 7 overenskomstråder var på 4,68 mia. kr. i 2015. Almen lægehjælp er det største overenskomstråde og stod i 2015 for en udgift på 2,4 mia. kr., svarende til 52 % af de samlede udgifter til de 7 områder.

Ud over ovenstående udgifter i tabel 1 har praksissektoren udgifter til apotekerne vedrørende borgerens medicintilskud (1,57 mia. kr.) samt udgifter til ernæringspræparater, høreapparater m.v. De samlede udgifter til praksissektoren var i 2014 på 6,45 mia. kr.

Styring af udgifterne praksissektoren

Regionerne kan fastsætte antallet af ydere på alle områder med undtagelse af tandlæger og tandplejere, hvor der er fri nedsættelsesret.

I hver overenskomst er der indarbejdet et økonomiprotokollat, som har til formål at dæmpe udgiftsvæksten på de enkelte praksisområder. Der er dog forskel på protokollaterne på de enkelte områder.

Økonomiprotokollaterne indeholder et samlet omsætningsloft for overenskomstrådet på landsplan. Hvis loftet overskrides på landsplan i en periode, bliver honorarerne sat ned i den efterfølgende periode.

Kontrol og opfølgning

Regionerne har få muligheder for at kontrollere og følge op på udgifter og aktiviteter i praksissektoren, idet regionen alene har mulighed for at kontrollere, hvorvidt honorarkravene fra yderne indeholder de korrekte oplysninger, og at udbetalingerne er i overensstemmelse med de landdækkende overenskomster.

De automatiske kontroller i regionens afregningssystem sikrer bl.a., at visse ydelser ikke afregnes på samme dag, eller at ydelserne ikke afregnes dobbelt.

Der er således tale om et tillidsbaseret system, og kontrollen kan ikke sikre gennemsigtighed i forhold til, hvorvidt ydelserne faktisk er leveret, eller om der er sket overbehandling af patienterne. Aktiviteten afhænger i høj grad af patienternes efterspørgsel og af ydernes vurderinger af patienternes behov.

Ud over kontrol af honorarkravene fra yderne foretager regionerne en årlig kontrol af ydernes aktivitet på de enkelte praksisområder. Kontrollen finder sted på baggrund af en række kontrolbestemmelser, der er fastsat i overenskomsterne. Formålet med kontrollen er at undersøge, om serviceniveauet hos yderne ligger ud over det aftalte niveau fastsat i overenskomstaftalerne.

Derudover varetager regionsadministrationen en løbende controlling af ydernes forbrug og aktivitet. I 2012 blev der etableret et controllerteam, hvis indsats har resulteret i tilbagebetalingskrav til ydere og besparelser i forhold til omlægning af understøttede funktioner til praksissektoren svarende til ca. 35 mio. kr. Derudover har controllerteamet foranlediget politianmeldelser vedrørende bedrageri på praksisområdet.

Region Hovedstaden er i samarbejde med landets øvrige regioner gået sammen om et nyt afregningssystem ”Praksys”. Det nye afregningssystem planlægges at kunne ibrugtages ultimo 2016 og forventes at kunne medvirke til en forbedret kontrol i afregningen.

Almen praksis

Ved ændringen af sundhedsloven i juli 2013 blev flere opgaver flyttet fra overenskomsten om almen praksis til sundhedsloven, således at det blandt andet er regionsrådet, der giver tilladelse til flytning af praksisadresse og udbyder kapaciteter, nye såvel som de regionen har fået overdraget på grund af manglende salg ved praksisophør.

Det fremgår af sundhedsloven, at alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de sundhedsaftaler, der er indgået imellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen. Forudsætningen er, at opgaverne er beskrevet i praksisplanen, eller at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten med almen praksis eller omfattet af en underliggende aftale med de praktiserende læger.

Det betyder, at regionen både skal forholde sig aktivt til sundhedsloven og overenskomsten om almen praksis. På baggrund af ændringerne af sundhedsloven kan regio-

nen træffe afgørelser i flere sager, hvor der tidligere blev truffet afgørelse i samarbejde mellem regionen og PLO-Hovedstaden. Praksisplanlægningen er som konsekvens heraf løftet ud af det paritetiske system, og regionerne har nu det formelle myndighedsansvar for at udarbejde praksisplaner.

Praksisplanen for almen praksis udarbejdes af Praksisplanudvalget, som består af repræsentanter fra regionen, kommunerne og PLO-Hovedstaden.

På kort sigt vil praksisplanerne samtidig være omdrejningspunktet for implementering af mange af initiativerne i regeringens sundhedsudspil. På lidt længere sigt kan man forvente, at andre større politiske aftaler af både central og decentral karakter vil skulle udmøntes via praksisplanen. Praksisplaner – og organisationen omkring dem – skal således generelt være gearret til, at nye tiltag kan indarbejdes hurtigt og effektivt, så udviklingen af det almen medicinske tilbud følger den generelle udvikling i det samlede sundhedsvæsen.

For at imødekomme behovet for et tæt samarbejde med kommunerne og PLO-Hovedstaden, har man i arbejdet med den nye Praksisplan for almen praksis nedsat et fællessekretariat med administrative repræsentanter for kommuner og region samt repræsentanter for PLO-Hovedstaden. Dette arbejde har fungeret godt og har banet vejen for gode løsninger og konkret forberedelse af både politiske møder og møder i den administrative styregruppe for praksisplanudvalget.

Ydelser om sygebesøg og samtaleterapi

Af overenskomst om almen praksis fremgår, at ydelser om sygebesøg og samtaleterapi kan decentraliseres. I det omfang dette sker, skal ydelsen indgå i den underliggende aftale. Kommuner og regioner har nationalt afsat 200 mio. kr. til nye tiltag i den underliggende aftale. Disse midler udløses i forlængelse af en decentralisering af ydelserne vedrørende sygebesøg og samtaleterapi. Enighed om decentralisering er altså forudsætningen for, at region og kommuner afsætter nye midler til forhandling af den underliggende aftale.

Den underliggende aftale

Der skal – i forlængelse af decentralisering af ydelserne sygebesøg og samtaleterapi - udarbejdes en underliggende aftale for de opgaver, der ikke er reguleret af overenskomsten, men som almen praksis skal løse som følge af praksisplanen og sundhedsaftalen.

Regionsadministrationen er i samarbejde med øvrige regioner udarbejdet en overordnet ramme for den underliggende aftale, som blandt andet indeholder betingelser for:

- honorering og regulering
- kvalitetskrav
- opfølgning og statistik
- økonomistyring

- sanktioner og tvisteløsning

Denne ramme er imidlertid ikke accepteret af PLO-Hovedstaden.

Der er nedsat en forhandlingsgruppe i regi af Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe bestående af:

- 3 repræsentanter fra PLO-Hovedstaden,
- 3 administrative repræsentanter fra regionens kommuner, og
- 3 administrative repræsentanter fra regionen.

De tre parter deltager i forhandlingerne om den underliggende aftale. Der vil dog være indsatser, som kun vedrører to af parterne, og her indgås bilaterale aftaler.

Det udestår at afklare, hvorvidt man kan komme videre i forhandlingerne om samtaleterapi og sygebesøg. Det står klart, at PLO-Hovedstaden gerne vil forhandle, såfremt der kan indgås aftale om sygebesøg, hvor lægerne opnår et højere honorarer, end det der er aftalt i overenskomsten. Regionen og kommunerne har understreget, at der kun kan aftales højere honorarer, såfremt sygebesøget kommer til at indeholde andre opgaver og en forbedret kvalitet.

PLO-Hovedstaden har stillet et ultimativt krav om, at der skal indskrives en klausul, som sikrer at en indgået aftale om samtaleterapi og sygebesøg bortfalder senest 1. september 2017 (hvor den gældende overenskomst udløber), samt at de to ydelser automatisk tilbageføres til overenskomsten. Regionen har afvist kravet, og det samme har de øvrige regioner. Overenskomsten indgået mellem PLO og RLTN giver netop mulighed for decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi, og denne mulighed ønsker regionerne at benytte sig af. Sagen er forelagt overenskomstens parter, hvorfra der forventes en tilbagemelding.

Der er den 21. april udsendt et centralt forhandlingsresultat, der sætter en fælles ramme for de decentrale aftaler om sygebesøg og samtaleterapi. Heraf fremgår at aftalerne er toårige, at der nedsættes et paritetisk udvalg til drøftelse af evt. tvister. Udvalget består af en repræsentant fra henholdsvis region og kommuner samt 2 fra PLO-Hovedstaden.

På baggrund af den centralt udmeldte ramme er forhandlingerne aftalt genoptaget.

Speciallægeområdet

I forbindelse med den seneste overenskomstaftale af 26. september 2014 er det aftalt, at der sker løbende moderniseringer af de enkelte specialer.

En modernisering har til formål at fremme en faglig udvikling og kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis og sikre et opdateret ydelsessortiment i overenskomsten vedrørende speciallægehjælp.

Det er aftalt, at der via moderniseringerne opnås effektiviseringsgevinster på 1 % årligt af den samlede omsætning. Gevinsten skal anvendes som led i de enkelte moderniseringer til at behandle flere patienter og til at nedbringe ventetiderne inden for de enkelte specialer.

I forbindelse med moderniseringen af øjenspecialet er der eksempelvis indført et forløb for ”diabetisk øjenundersøgelse,” hvor dele af undersøgelsen kan varetages af klinikpersonale, hvilket frigør tid hos øjenlægerne, så de kan se flere patienter. Ved de løbende moderniseringer af ydelser, teknologi og arbejdsprocesser frigives også økonomi til at indføre nye og mere effektive behandlingsformer inden for specialerne.

Tandlægeområdet

Den nye tandlægeoverenskomst trådte i kraft den 1. april 2015.

Parterne var enige om at fokusere på forebyggelse og målrette indsatsen over for patienter med orale sygdomme. Aftalen er derfor udformet sådan, at disse patienter opnår tilskud til hyppig tandbehandling, mens patienter med gode og sunde tænder kun opnår tilskud til undersøgelse én gang om året og for nogle patienter helt op til hvert andet år.

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer skal tandlæger derfor foretage en individuel vurdering af deres patienters tandsundhed og behandlingsbehov og indplacere alle patienter i en grøn, gul eller rød kategori. Der er samtidig indført en række nye tandlægeydelser, som erstatter tidligere.

Overenskomstens parter vurderede, at den faglige ændring ikke ville medføre øgede udgifter, idet det blev forventet, at der alene ville ske en omfordeling af tilskuddet. Ved udgangen af november 2015 var Region Hovedstadens omkostninger steget med 70,8 mio. kr. i forhold til samme periode i 2014. Stigningen skyldes ikke, at der er behandlet flere patienter, men at patienterne får flere behandlinger end tidligere. Det er især tandrensningerne, som er årsagen til stigningen i antal ydelser pr. patient. Udgiftsudviklingen er den samme i alle regionerne. På landsplan er udgiftsvæksten på 17,6 % i forhold til samme periode i 2014.

Der er få redskaber på tandlægeområdet til at imødegå udgiftspresset. Hvis de årlige udgifter overstiger den aftalte ramme, sker der en modregning svarende til halvdelen af den konstaterede forskel mellem den aftalte ramme, og de regionale udgifter op til 150 mio. kr. årligt.

Modregningen vil ske med virkning fra den 1. april 2016 til 31. marts 2017 ved en nedsættelse af honorarerne svarende til 75 mio. kr. (halvdelen af overskridelsen op til 150 mio. kr.).

Den samlede merudgift på tandlægeområdet viste sig i 2015 på landsplan at beløbe sig til kr. 198 mio., hvoraf de kr. 48 mio. skal finansieres af regionerne i 2016, svarende til kr. 17,4 mio. for Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden har rejst udfordringen over for Danske Regioner. Danske Regioner og Tandlægeforeningen har i fællesskab udsendt et informationsbrev i november 2015 til alle tandlægepraksis, som henleder opmærksomheden på, at en overskridelse af den aftalte ramme medfører modregning.

Tandlægeoverenskomsten er således et godt eksempel på, at det kan være meget vanskeligt at forudsige ydernes og patienters adfærd, og at det derfor er meget vigtigt, at der sker et grundigt forarbejde også økonomisk i forbindelse med overenskomstforhandlingerne. Samtidig viser udgiftsstigningen, at implementering af de nationale kliniske retningslinjer og målsætningen om at fokusere på forebyggelse kan medføre stigende omkostninger på kort sigt.

Fodterapiområdet

Målsætningen om at skabe mest mulig sundhed via stratificering af patienterne i forskellige kategorier anvendes også inden for fodterapiområdet. Patienten stratificeres ved en årlig status hos fodterapeuten, som danner baggrund for, hvor meget tilskud patienten kan få. Tankegang kunne overføres til andre overenskomstområder.