

Region Hovedstaden

Udvalget vedr. ulighed i sundhed

Lægeligbetjening af ældre borgere
på plejehjem og i eget hjem

November 2010

REGION

Indledning

I henhold til kommissorium for Udvalget vedr. ulighed i sundhed skal udvalget drøfte den lægelige betjening i gråzoner. Herunder blandt andet lægelig betjening af ældre på plejehjem og i eget hjem.

Underudvalget vedrørende hospitalsområdet har på 3 møder i 2010 drøftet lægelig betjening af ældre på plejehjem og i eget hjem i Region Hovedstaden.

Udvalget har i sine drøftelser taget udgangspunkt i nedenstående redegørelse for problemstillingen.

Lægebetjening af ældre borgere på plejehjem og i eget hjem

Det fremgår af tillægskommissoriet for Udvalget vedrørende ulighed i Sundhed, at udvalget skal drøfte den lægelige betjening i gråzoner, herunder blandt andet den lægelige betjening på plejehjem og i eget hjem.

Nedenstående redegørelse adresserer således spørgsmålet om lægebetjeningen af ældre borgere på plejehjem, herunder spørgsmålet om plejehjemslæger. Desuden adresserer redegørelsen lægebetjeningen af regionens ældre borgere, hvad enten der er tale om borgere på plejehjem eller i eget hjem, herunder samarbejdet med kommunerne og det udviklingspotentiale, som findes inden for det eksisterende overenskomstsistem.

Lægebetjening af ældre borgere på plejehjem

I forbindelse med embedslægerens seneste rapporter om plejehjemstilsyn¹ har der været et øget fokus på lægebetjeningen af ældre borgere bosiddende på plejehjem.

Af rapporterne fremgår det, at oplevelserne med adgangen almen praksis generelt betegnes som gode på tværs af landet. Dog opleves der nogle problemer i relation til samarbejdet med lægerne om udveksling af relevante oplysninger om beboernes pleje og behandling, herunder aftaler om kontrol af beboernes kroniske sygdomme, ligesom der opleves problemer med at få etableret kontakt til lægerne.²

Eventuelle vanskeligheder med samarbejdet med almen praksis koster naturligvis tid og anstrengelser for plejehjemspersonalet, ligesom det er problematisk, hvis den manglende tilgængelighed til almen praksis medfører, at borgeren ikke får den rette og rettidige behandling. I yderste konsekvens, anføres det fra forskel-

¹ Tilsynet med de kommunale plejehjem gennemføres af de regionale embedslægeinstitutioner under sundhedsstyrelsen. Formålet med tilsynet er at forbedre den sundhedsmæssige indsats over for de svage ældre på plejehjem mv. Tilsynet omfatter udelukkende de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet og omfatter f.eks. ikke en vurdering af, om beboerne får den rette behandling af egen læge eller under indlæggelse på sygehus.

² Plejehjemstilsynet 2009, Sundhedsstyrelsen, april 2010 s. 11.

lige sider, kan vanskelighederne medføre et øget pres på vagtlægeordningen, unødvendige indlæggelser og/eller komplikationer i forbindelse med udskrivninger fra hospitalerne.

Plejhjemslæger

En løsning, der har været peget på, er genindførelse af 'plejhjemslægen', som er en læge, der er mere eller mindre fast tilknyttet plejhjemmet, og som kommer regelmæssigt på plejhjemmet. Med en læge, der kommer fast i 'huset', forventes mulighederne at være til stede for en nemmere adgang til lægefaglige ydelser.

En fast plejhjemslæge, som skal betjene alle plejhjemsbeboerne på et bestemt plejhjem, vil stride mod princippet om borgernes ret til frit lægevalg³. Derfor kunne alternativet være, at borgerne, hvis de ønskede det, kunne vælge en læge, der var tilknyttet plejhjemmet. Imidlertid mister borgeren derved kontakten til den læge, som kender borgeren og dennes sygehistorie fra før borgeren flyttede på plejhjem.

Der er en række udfordringer ved eventuel genindførelse af en ordning med plejhjemslæger. Eksempelvis kan der være et rekrutteringsproblem i forhold til at finde læger, der er interesserede i at prioritere plejhjemsområdet på denne måde.

Dels er der spørgsmålet om honorering, idet en fast tilknytning til et plejhjem, med forventning om, at lægen indgår i en mere integreret funktion på plejhjemmet, vil kræve en anden honorering end landsoverenskomsten giver mulighed for. I dag modtager lægerne et basishonorar, som udgør en relativt lille andel af deres indtjening, og som sammen med ydelseshonorarerne skal sikre, at lægen dækker en række koordinerende funktioner, som ikke nødvendigvis er relateret til umiddelbar patientkontakt, men som kan henføres til, at den praktiserende læge primært er ansvarlig for den samlede og kontinuerlige behandling af patienten.

En mere integreret funktion på plejhjemmene, med mere kontakt og vejledning til personalet, er imidlertid ikke omfattet af overenskomsten. Hvis det skal gennemføres under den aktuelle overenskomst, må det ske på kommunal foranledning og med kommunal aftaleindgåelse. Desuden vil en ordning med en plejhjemslæge oftest betyde, at lægen står til rådighed på plejhjemmet i et nærmere aftalt antal timer, men en sådan ordning kan ikke sammenlignes med en læges stuegang på hospitalet.

Endeligt løser en eventuel ordning med plejhjemslæger ikke udfordringer med akutbetjeningen i dag-tiden. En typisk lægekapacitet varetager lægebetjeningen for ca. 1.600 borgere. Selv om en enkelt læge blev fast tilknyttet et plejhjem, og man forudsatte, at alle beboerne skulle betjenes af denne læge, ville lægen fortsat skulle betjene andre borgere og ville ikke kunne stå til rådighed for plejhjemmet hele tiden.

Udviklingsmuligheder vedr. lægebetjeningen i den nuværende konstruktion

Imidlertid rummer den nuværende konstruktion allerede flere muligheder for at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne, hvilket vil kunne medvirke til at sikre tilfredsstillende lægebetjening af de

³ En undtagelse herfra er, hvis borgeren flytter mere end 15 km væk fra lægens praksissted (5 km. i Frederiksberg og Københavns Kommuner). I disse tilfælde skal lægen spørges, om han fortsat vil fungere som læge for den pågældende patient.

ældre borgere, ikke mindst på plejehjemmene. Samarbejdet med kommunerne adresseres også som et centralt tema i regionens praksisplan for almen praksis 2008-2011⁴.

Særligt er der en række muligheder for at øge kommunikationen mellem almen praksis og kommunerne. For eksempel åbner landsoverenskomsten mulighed for, at der i kommunerne kan nedsættes rådgivende udvalg (kommunalt-lægelige udvalg) bestående af lokale praktiserende læger og repræsentanter for kommunen, der kan beskæftige sig med emner af fælles interesse, med henblik på at styrke samarbejdsrelationerne mellem de praktiserende læger og kommunen.

Endvidere er der i flere af regionens kommuner etableret kommunale praksiskonsulentordninger, som skal fokusere på samarbejde og kommunikation mellem de kommunale forvaltninger og almen praksis. Regionen har arbejdet for at styrke dette samarbejde ved blandt andet at søge projektmidler, i forbindelse med de statslige kronikerpuljemidler, til ansættelse af en kommunal praksiskoordinator i en treårig periode.

Den kommunale praksiskoordinator skal udvikle det kommunalt-lægelige samarbejde og udvikle den kommunale praksiskonsulentfunktion. Derudover skal den kommunale praksiskoordinator koordinere på tværs af de kommunale praksiskonsulenter og til de regionale praksiskoordinatorer på regionens hospitaler. Formålet er at sikre en fælles platform på tværs af region og kommuner for drøftelser om kommunikation og samarbejde.

Yderligere kan der peges på mulighederne for at anvende elektronisk kommunikation mellem almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen (hjemmeplejen/plejehjem/sundhedscentre), som vil kunne afhjælpe en del af problemerne ved ikke-akutte henvendelser. Alle praksis i regionen efterlever landsoverenskomstens krav til lægens it-system, hvilket betyder, at alle praksis kan kommunikere elektronisk med de øvrige sundhedsaktører. Dette potentiale kan udnyttes i højere grad efterhånden som kommunernes muligheder for at indgå i den elektroniske kommunikation udvides.

Selvom de tekniske løsninger i vidt omfang er etableret, udestår der væsentlige opgaver med den organisatoriske implementering i kommunerne. Som et treårigt projekt er der i Region Hovedstaden etableret en udgående Task Force med 5 medarbejdere, som primært har fokus på det konkrete implementeringsarbejde i forhold til elektronisk kommunikation i kommuner, hospitaler og almen praksis. Den udgående Task Force er finansieret af statslige kronikerpuljemidler og er forankret i Koncern IT.

Der foreligger flere muligheder i landsoverenskomsten til at forbedre det konkrete sundhedsfaglige samarbejde om patienterne.

Ikke mindst er der i overenskomsten en række muligheder for ydelser, som kan anvendes af lægerne. Herunder bør nævnes muligheden for at foretage aftalt forebyggelseskonsultation, som kan anvendes på lægens initiativ, hvor hensigten er at inddrage forebyggelsesaspektet i højere grad i sundhedsvæsenets ydelser.

⁴ Plan for almen praksis 2008-2011, del 2 – udviklingsplan.

Endelig er der aktuelt iværksat et regionalt projekt vedrørende medicingennemgang til beboere i kommunale ældre- og plejeboliger i Region Hovedstaden.

Status for lægebetjeningen af regionens ældre borgere

Regionen har ikke datamateriale, der særskilt viser ydelsesfordelingen til borgere på plejehjem i forhold til resten af regionens borgere.

I stedet er det muligt at se på de praktiserende lægers ydelser, herunder sygebesøg til, de ældste borgere. Gruppen af 'ældre' afgrænses i det nedenstående til borgere, der er 80 år eller ældre, da beboere på plejehjem generelt tilhører den ældste gruppe af befolkningen.

Der er aktuelt lige over 67.000 borgere i regionen, der er 80 år eller ældre. Denne relativt lille befolkningsgruppe udgør 4 % af den samlede befolkning i regionen og modtager ca. 10 procent af alle grundydelse (konsultation, telefonkonsultation og sygebesøg) i almen praksis.

Som det ses af nedenstående tabel har antallet af grundydelse hos de praktiserende læger for samme befolkningsgruppe været svagt stigende fra 3,84 ydelser pr. borger i første kvartal 2008 til 4,14 ydelser pr. borger i første kvartal 2010.⁵

Tabel: Antal sygebesøg og grundydelse for de 80+ årige i Region Hovedstaden

Beregning 80+	1. kvartal 2008	1. kvartal 2009	1. kvartal 2010
Befolkning, 80+	67.805	67.696	67.130
Antal sygebesøg	18.958	18.674	19.005
Antal grundydelse (inkl. sygebesøg)	260.092	258.401	278.120
Antal sygebesøg pr. 80+	0,28	0,28	0,28
Antal grundydelse (inkl. sygebesøg) pr. 80+	3,84	3,82	4,14

Særligt vedrørende sygebesøg

Embedslægerrapporten for Københavns Kommune peger på, at plejehjemmene i København oplevede, at "... *der generelt var et nogenlunde godt samarbejde med de praktiserende læger.*"⁶ Men ligesom på nationalt plan oplevede plejehjemmene i København i nogle tilfælde, at det var vanskeligt for personalet at få kontakt til lægerne samt, at nogle læger ikke ønskede at samarbejde om borgerens indflytning på plejehjem-

⁵ Opgjort på tal i dagtiden. Der anvendes data for første kvartal for på den måde at kunne medtage de mest aktuelle data fra 2010

⁶ Sundhedsstyrelsens tilsyn med plejehjem i Københavns Kommune 2009, Sundhedsstyrelsen 2009, s. 6

met. Og særligt oplevede plejehjemmene i enkelte tilfælde, at det var meget svært at få lægerne til at komme på 'tilsyn'⁷ hos beboere, som personalet vurderede, at der var behov for.

Lægens faglige skøn

Der er ikke i landsoverenskomsten en ydelse, der dækker over sådanne 'tilsyn' med patienter på plejehjem fra den praktiserende læge. Hjemmebesøg fra den praktiserende læge vil, hvad enten det er en borger på plejehjem eller i eget hjem, forekomme som et opsøgende hjemmebesøg med forebyggende sigte eller et sygebesøg.

Problemstillingen om, at plejehjemmene oplever, at lægerne er svære at få til at 'komme på tilsyn', kan fra et lægeligt perspektiv, opfattes som om, at personalet på plejehjemmene har den indstilling, at de kan 'bestille' et sygebesøg.

En vurdering af behovet for opsøgende hjemmebesøg eller sygebesøg skal dog altid bero på et lægefagligt skøn jf. landsoverenskomsten. Således fremgår det, at "*Undersøgelse og behandling bør foregå i lægens konsultation, medmindre sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg*"⁸. Det kommunale plejepersonale kan således ikke bestille et besøg fra den praktiserende læge men udelukkende gøre opmærksom på patientens tilstand, hvorefter lægens videre handlinger i forhold til patienten er op til lægens faglige skøn.

Det er i regionens interesse, at lægen alene foretager besøg hos patienten, når der er lægelig indikation herfor. Først og fremmest fordi lægen anvender ekstra tid i forbindelse med sygebesøget, i hvilken han ikke kan stå til rådighed for andre patienter. Dernæst er taksten for et sygebesøg væsentligt højere end for en konsultation foretaget i praksis.

Data vedrørende sygebesøg til regionens ældste borgere

Antallet af sygebesøg til regionens borgere, der er 80 år eller ældre, har været konstant siden 2008 og ligger på 0,28 sygebesøg pr. borger i første kvartal i hvert af årene 2008 til 2010. Hvis der sammenlignes med hele befolkningen i Region Hovedstaden, bliver sygebesøg givet til borgere, der er 80 år og ældre i ca. 60 procent af tilfældene.⁹ Det betyder, at denne relativt lille befolkningsgruppe langt oftere end andre borgere i regionen modtager sygebesøg.

På baggrund af tallene kan det naturligvis hverken bekræftes eller afkræftes, om regionens ældste borgere får en tilstrækkelig lægebetjening. Dog fremgår det, at denne gruppe borgere ikke er blevet stillet dårligere i løbet af perioden, hverken hvad angår grundydelse eller sygebesøg.

⁷ 'Tilsyn' er en del af det kommunale sprogbrug i embedslægerapporterne, og må relatere sig til lægens behandling eller sundhedsfaglige vurdering af borgeren på plejehjemmet.

⁸ Landsoverenskomsten om almen lægegerning, Sygesikringens forhandlingsudvalg og Praktiserende lægers organisation, april 2006, § 37 stk. 1

⁹ Opgjort på tal i dagtiden.

Udvalget vedrørende ulighed i sundheds drøftelser

Udvalget har på tre møder drøftet lægelig betjening af ældre på plejehjem og i eget hjem.

Udvalget finder, at der er behov for at undersøge, i hvilket omfang der er et problem i forhold til lægedækningen af plejehjem i regionen. Hvilke problemer/behov oplever brugerne?

Udvalget anbefaler, at det undersøges nærmere, hvilke muligheder der er for at lave et projekt, hvor der afprøves to modeller for lægedækning af plejehjem. Én model hvor et plejehjem i regionen betjenes af geriatere fra et af regionens hospitaler, og én model hvor én almen lægepraksis knyttes tættere til et af plejehjemmene i regionen.

Udvalget finder, at det skal undersøges, hvilke muligheder der er for ekstern finansiering til et projekt, der skal afprøve de to ovenfor nævnte modeller for en tættere tilknytning af læger til plejehjem.

Udvalget er opmærksomt på, at et sådant projekt vil kræve, at der laves aftaler med henholdsvis de praktiserende læger og interesserede kommuner. Det vil derfor være relevant at behandle mulighederne for at lave et sådant projekt i Sundhedskoordinationsudvalget og i Samarbejdsudvalget for Almen Praksis. Det er desuden nødvendigt at være opmærksom på den eksisterende lovgivning på området.