



# Fast læge på plejehjem

Retrospektivt kohortestudie

---

Nanna Woer Ebbensgaard,  
Frederik Hagn-Meincke,  
Stine Melchior Gammelby  
Microsoft

## Indholdsfortegnelse

<b>Introduktion</b> .....	<b>2</b>
<b>Forskningsspørgsmål</b> .....	<b>3</b>
<b>Design og metode</b> .....	<b>3</b>
Population .....	3
Studiet .....	4
Effektmål .....	5
<b>Resultater</b> .....	<b>6</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>10</b>
Styrker og svagheder ved studiet .....	10
Indlæggelser .....	10
Kontakten til egen læge .....	11
Lægevagtkontakt/besøg.....	12
<b>Økonomisk perspektiv</b> .....	<b>14</b>
Økonomien i den nuværende aftale om fast læge på plejehjem .....	14
Kan det betale sig? .....	15
For Regionen .....	15
For den enkelte læge.....	17
<b>Konklusion</b> .....	<b>18</b>

## Introduktion

I Danmark stiger middellevealderen og antallet af ældre i befolkningen støt, og flere ældre lever længere med kroniske lidelser. Det stiller nye krav til samarbejdet mellem plejesektoren og de praktiserende læger, særligt når det kommer til svage ældre på plejecentre.

Fra politisk side tog man i 2011 initiativ til pilotprojektet "Fast tilknyttede læge på plejecentre" ud fra en antagelse om, at det ville forbedre kvaliteten af pleje og behandling af beboerne på plejecentrene, give bedre og tættere samarbejde og kommunikation mellem plejepersonale og praktiserende læger, øge tilfredsheden hos både læger, plejepersonale, beboere og pårørende, samt give en samfundsøkonomisk besparelse bl.a. ved at give færre indlæggelser på sygehus. Der foreligger en rapport med evaluering af pilotprojektet, som i vid udstrækning synes at bekræfte disse antagelser<sup>1</sup>.

Regeringen har efterfølgende besluttet at afsætte 100 mio. kr. SATS-puljemidler til at indføre landsdækkende ordning med fast læge på plejecentre, som implementeres i perioden 2016-19<sup>2</sup>.

Vi vil i vores studie gerne undersøge nogle af ovenstående forhold i mindre målestok og med udgangspunkt i plejehjemsbeboere, som er tilknyttet de lægeklinikker, vi aktuelt arbejder i. To af os arbejder i klinikker med tilsammen fem ydernumre, som ikke har fast tilknytning til plejehjem, mens én af os arbejder i en klinik, hvor lægerne gennem en årrække har været fast tilknyttet størstedelen af beboere på et lokalt plejehjem.

Formålet med vores studie er at sammenligne to forskellige grupper af plejehjemsbeboere, hvor den ene gruppe har en fast læge tilknyttet (FL= fast læge), mens den anden gruppe ikke har (IFL= ikke fast læge). Sidstnævnte gruppe består af plejehjemsbeboere fra otte forskellige plejehjem.

Vores hypotese er, at der vil være forskel på de to grupper hvad angår nogle rent kvantificerbare mål såsom indlæggelser, vagtlægekontakter, antal besøg af den praktiserende læge, antal telefonkonsultationer og antal korrespondancer mellem plejepersonale og praktiserende læge.

Vi formoder, at når en fast tilknyttet læge ugentligt tilser de beboere på plejehjemmet, som plejepersonale vurderer har brug for lægehjælp, så vil man kunne forebygge vagtlægekontakter og indlæggelser og opleve flere besøg fra egen læge. Vi forventer også, at der vil være færre korrespondancer og telefonkonsultationer, da uafklarede spørgsmål besvares ved lægens ugentlige fremmøde.

Vores data er uafhængige af pilotprojektet og efterfølgende SATS-puljemidler. Vi forventer således at få et realistisk billede af forskelle på FL-ordning vs IFL-ordning, sv.t. når SATS-puljemidler evt. stopper i 2019.

Formålet er ikke at se på de kvalitative mål, som betragtes værende lige så værdifulde, men vi har ikke haft tid og mulighed for også at undersøge hypoteser af denne karakter.

## Forskningsspørgsmål

Kan man forebygge indlæggelser og vagtlægekontakter ved FL-ordning?

Er der flere besøg fra egen læge i FL-gruppen sml. med IFL-gruppen?

Er der større kontakt til egen læge i form af korrespondancer og telefonkontakter i IFL-gruppen?

## Design og metode

For at belyse vores forskningsspørgsmål vil vi sammenligne to kohorter i et 3-årigt retrospektivt kohortestudie.

## Population

Den eksponerede kohorte er plejehjemsbeboere tilknyttet Skødstrup Lægehus, hvor man på eget initiativ har taget ansvar for størstedelen af beboere på Kløvervangen Plejehjem med faste besøgsdage uden ekstra betaling udover honorering jf. overenskomsten.

### Beskrivelse af FL-ordning i Skødstrup

*” Huslægeordningen består i sin korthed af, en aftale indgået mellem Kløvervangens plejecenter og lægehuset i Skødstrup om, at personer der flytter ind i en plejebolig ved Kløvervangen, kan benytte lægehuset. Der er tale om en frivillig ordning. Størsteparten vælger ordningen. To ud af lægehusets praktiserende læger, er gennemgående læger. Hver uge - om onsdagen kommer en af de to læger på lægebesøg hos beboere, der har brug for lægehjælp. Lægen er til stede i det tidsrum, der er behov for. Såfremt en beboer bliver akut syg eller tilstanden ændres pludseligt, kontaktes lægehuset for hurtig lægehjælp. Alt andet som kan vente, tages op med lægen den næste onsdag.*

*Aftalen indeholder også en løbende kompetenceudvikling af medarbejderne. Lægerne giver råd og vejledning i forbindelse med nye ordinationer. Underviser i observationer, målinger og tiltag som knytter sig til både observation og behandling. Kløvervangens medarbejdere sikrer sig at lægerne hele tiden er opdateret på patientens samlede situation og i nogle situationer også familiens situation, ønsker og behov.*

*Lægerne aflønnes efter gældende overenskomst for praktiserende læger.*

*Tilgang til huslægeordningen, sker i forbindelse med indflytning i plejeboligen såfremt personen ønsker at benytte ordningen. Lægehuset har hidtil optaget nyttilflyttede i plejeboligerne også selvom der er lukket for tilgang.*

*Forberedelsen til det ugentlige lægebesøg sker på flere niveauer. Inden lægebesøget undersøger og beslutter medarbejderne i en tværfaglig drøftelse og om muligt i et samarbejde med beboeren og evt. familien, hvad der skal drøftes med lægen. I nogle tilfælde er der tale om årlig gennemgang af patientens medicin, andre gange er der tale om opfølgning på blodprøver, værdimålinger og lignende. Nytilkomne sundhedsmæssige problemer, forebyggende indsatser, træningsindsatser og overvejelser om fremtid er også emner, der medtages. Senest dagen før lægebesøget faxes medarbejdernes plan for lægebesøget. Herefter påbegyndes lægens forberedelse ud fra det fremsendte overblik.*

*Under lægebesøget deltager en sundhedsfaglige person, som kender de beboere, der skal gennemgås og undersøges. Ofte deltager ergo- og/eller fysioterapeuten også. I drøftelsen har både lægen og sundhedspersonen adgang til relevante journalnotater. I nogle tilfælde gennemgås beboerens situation og symptomer uden at vedkommende selv behøver, at blive forstyrret deraf. I andre (de fleste) tilser lægen beboeren. Der træffes beslutning om det videre forløb. Og det afklares hvem der skal informere familien, såfremt det er tilfældet.*

*Lægen rekvirerer undersøgelser og bestiller medicin under besøget. Sundhedspersonen dokumenterer og iværksætter de aktuelle ændringer og beslutninger. Lægen og sundhedspersonen sikrer sig at ordinationerne er forstået og at de nødvendige kompetencer er til stede.*

*Efter lægebesøget deler lægen viden med kolleger i lægehuset og informerer familien såfremt dette er aftalt. Sundhedspersonen deler ligeledes viden med sit tværfaglige team.”<sup>3</sup>*

Såfremt det vurderes, at der skal tages blodprøver bliver det noteret, og dagen efter kommer en sygeplejerske fra lægehuset på runde på plejehjemmet og tager de bestilte prøver.

Alle kontakterne honoreres med taksten "Besøg på ruten", undtagen den første som er et regulært besøg. Afstanden er <4 km.

Denne kohorte sammenlignes med den 'almindelige plejehjemsbeboer', som har egen læge uafhængig af plejehjem.

### Beskrivelse af IFL-ordning

Plejepersonalet kommunikerer på beboerens vegne med egen læge vedr. beboerens tilstand, medicin, behov for besøg mm. Der er for nogle af ydernumrene tradition for årlige statusbesøg. Gruppen fra IFL ordningen består af tilfældigt udvalgte plejehjemsbeboere tilknyttet fem ydernumre i Randers og Viborg, fordelt på otte plejacentre.

### Studiet

Vi har valgt at følge vores kohorter ca. tre år (35 mdr.) retrospektivt for at kunne observere Fastlæge-gruppe (FL) og ikke fastlæge gruppe (IFL) en vis tid. Det giver ikke mening at følge patienterne væsentligt længere, da gennemsnitslevetiden på plejehjem er 30 mdr. Hvis patienten kun har boet på plejehjem en del af perioden, tæller de kun med i den periode, de har boet på plejehjem, her afrundet til halve måneder. Vi har kun medtaget patienter, som var levende den 1.12.2017. Dermed har vi ikke patienter med, som er afdøde ved døden i perioden, da vi ikke havde data på dem.

FL-gruppen er 24 tilfældige beboere udvalgt fra liste over Kløvervangens 55 beboere.

IFL-gruppen er fundet ved at søge på adresser for lokale plejehjem i XMO ved fem ydernumre. For at sikre, at der er tale om reelle plejehjemspatienter og ikke patienter i plejebolig, er der foretaget telefonisk kontakt til de implicerede plejehjem. Fra kontrolgruppen er der ekskluderet 11 efter opkaldene, der bor i plejebolig. Således er 24 plejehjemsbeboere inkluderet i studiets kontrolgruppe.

Figur 1 Studiets karakteristika

Observationsperiode	1/1-2015 til 1/12-2017
Inklusionskriterier	Nulevende plejehjemsbeboere uanset alder tilmeldt de 5 ydernumre og plejehjemsbeboer på Kløvervangen tilmeldt Skødstrup Lægepraksis
FL-gruppe	Beboerne på Kløvervangen N = 24
IFL-gruppe	Beboere på forskellige plejehjem tilknyttet 5 ydernumre i Randers og Viborg N = 24

Vi har som uddannelseslæger adgang til informationer fra journalsystemet (XMO) hos alle inkluderede patienter, og derfra er der hentet journaldata. Vi har valgt at undersøge alder, køn, kroniske diagnoser og antal receptpligtige faste præparater (inkl. fast pamol) for se, om vi har to sammenlignelige grupper.

Kroniske diagnoser har vi aflæst fra diagnoselisten i XMO, og dertil har vi ud fra journal og medicinliste selv tilføjet oplagte kroniske diagnoser, hvis diagnoselisten vurderedes mangelfuld. Se tabel 2.

### Effektmål

De centrale effektmål er at se på forskelle i antal kontakter til egen læge/praksis og på typen af kontakt, antal kontakter til lægevagten, antal indlæggelser og udført medicingennemgang det sidste år i de to grupper. I tabel 1 fremgår definition af de udvalgte effektmål.

Tabel 1: Definition af anvendte effektmål

Effektmål	Definition
Antal Indlæggelser	Indlæggelser på sygehus, inkl. skadestuebesøg
Antal korrespondancer til læge/praksispersonale	Her er korrespondancer talt op i XMO journalmodul. Hver kontakt til praksis tælles for en korrespondance uanset svar. Kontakten kan være til læge eller praksispersonale.
Antal telefonkonsultationer	Kontakter mellem plejehjems personale/pt og praksis personale/læge
Antal besøg af egen læge	Her medregnes både akutte og planlagte besøg
Antal lægevagtsbesøg	Talt op fra XMO journal
Lægevagt telefonkonsultation	Antal telefoniske kontakter til lægevagten. Hvis telefonisk kontakt til lægevagt visiteres til besøg, tælles det ikke med i denne kategori. Vores population har ikke haft konsultationer i lægevagten, derfor figurerer denne kontaktform ikke.
Ajourført FMK det sidste år	Optalt efter opslag i FMK, hvor det er noteret hvem, som senest har ajourført det. Vi har noteret om det drejede sig om e.l. eller hospitalslæge, og om det var indenfor det seneste år.

Årskontrol ved egen læge	Målt på om der indenfor det seneste år er taget regning 0120 eller 0121, markeret ja/nej
--------------------------	--

## Resultater

Gruppernes karakteristika er beskrevet ud fra den tid i måneder, som patienten har boet på plejehjem i observationstiden, alder, køn, antal receptpligtig medicin og antal kroniske diagnoser (tabel 2).

Tabel 2: Populationens Karakteristika

Karakteristik	Antal n	Gnsn. Observationstid i måneder	Alder, gnsn.	Antal kvinder, (%)	Antal receptpligtig medicin	Kroniske diagnoser
Fast læge	24	24,3	86,5	14(58,3)	6,6	4,8
Ikke fast læge	24	25,9	81,0	14(58,3)	7,3	5,0
Hele populationen	48	25,1	83,7	28(58,3)	7,0	4,9

Tabel 3: Sammenligning af effektmål som beboer på plejehjem for FL-gruppen og IFL-gruppen.

	Pr. måned		Pr. 12 måneder		Ratio	1/x
	Fast læge	Ikke fast læge	Fast læge	Ikke fast læge	Ikke fast læge/fast læge	
Indlæggelser	0,026	0,053	0,31	0,64	2,06	
Besøg af egen læge	1,440	0,138	17,28	1,66	0,10	10,43
Opsøgende hjemmebesøg (0121)	0	0,066	0	0,79		
Telefonkonsultationer e.l.	0,245	0,588	2,95	7,06	2,39	
Korrespondancer	0,457	0,879	5,48	10,54	1,92	
Vagtlæge telefonkonsultationer	0,070	0,127	0,84	1,52	1,80	
Vagtlægebesøg	0,034	0,055	0,41	0,66	1,59	

Vi finder, at der i IFL-gruppen er dobbelt så mange indlæggelser årligt. Der er i samme gruppe mere end dobbelt så mange telefonkonsultationer, næsten dobbelt så mange korrespondancer og vagtlæge telefonkonsultationer og ca. halvanden gange så mange vagtlægebesøg.

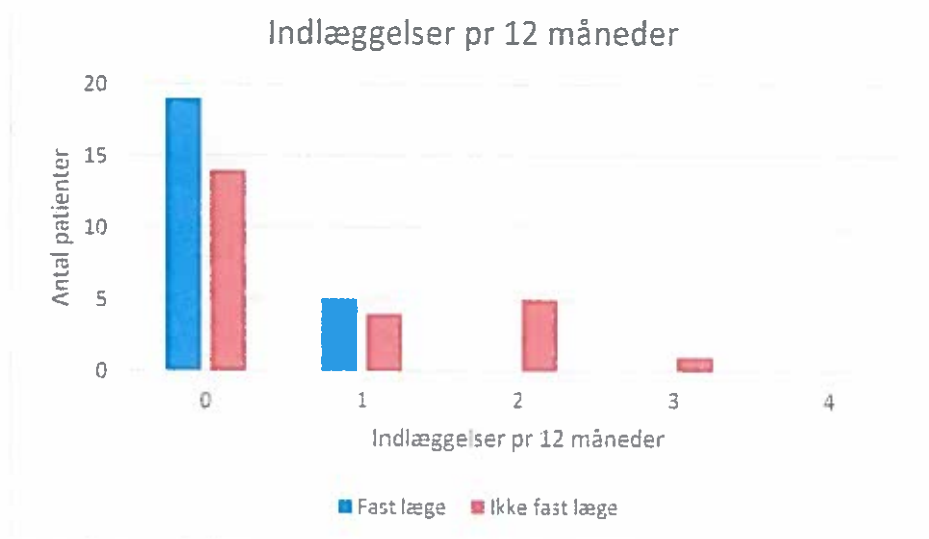
Til gengæld er der i FL-gruppen ca. ti gange så mange besøg af egen læge som i IFL-gruppen.

Vi ville gerne have testet vores resultater statistisk, men da vores data ikke er normalfordelt, har vi valgt ikke at gøre det, da vi ikke har mulighed for at gennemføre den statistik, det kræver. Desuden er vores population så lille, at signifikansberegninger eller sikkerhedsintervaller ikke giver den store mening.

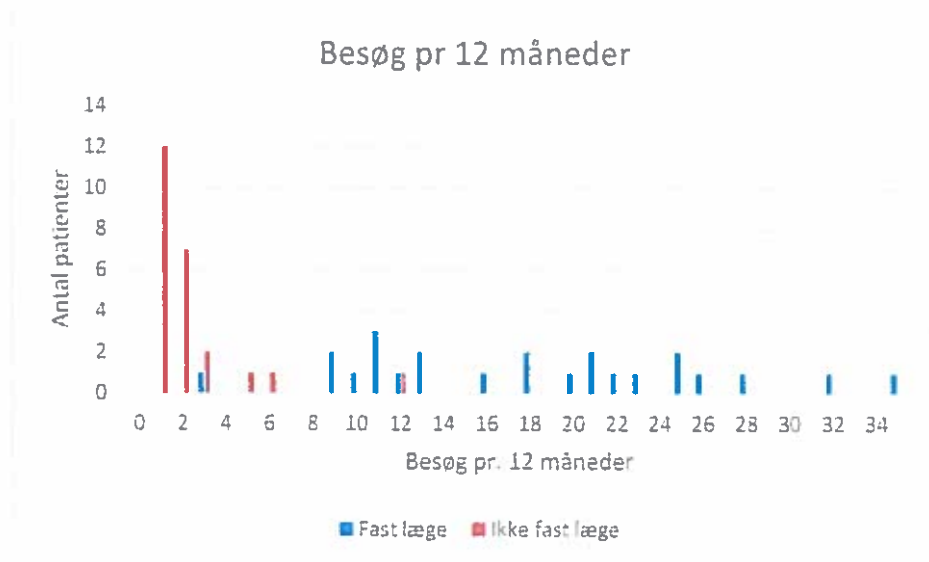
Figur 2-7 viser grafisk fremstilling af resultaterne i tabel 3. Kurvernes x-akse beskriver antal af hændelser i gruppen pr. tid. Dette er opnået ved at beregne raten pr. måned for den samlede gruppe beboere korrigeret for observationstid i måneder og gange med 12. Y-aksen beskriver antal patienter i de respektive grupper, som har haft hændelsen. Gennemgående for alle kurver ses, at de ikke beskriver kurven for en

normalfordeling. Dette skyldes dels, at der er for få observationer. Kurven for korrespondancer tenderer til at ligne en normalfordelingskurve, men her er også mange hændelser i begge grupper.

Figur 2: Indlæggelser pr. 12 måneder

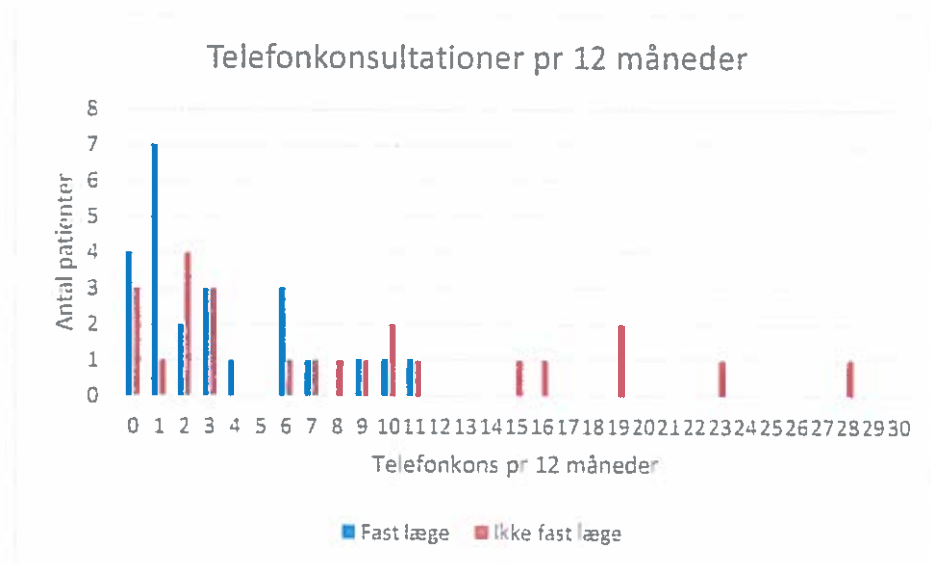


Figur 3: Besøg fra e.l. pr 12 måneder

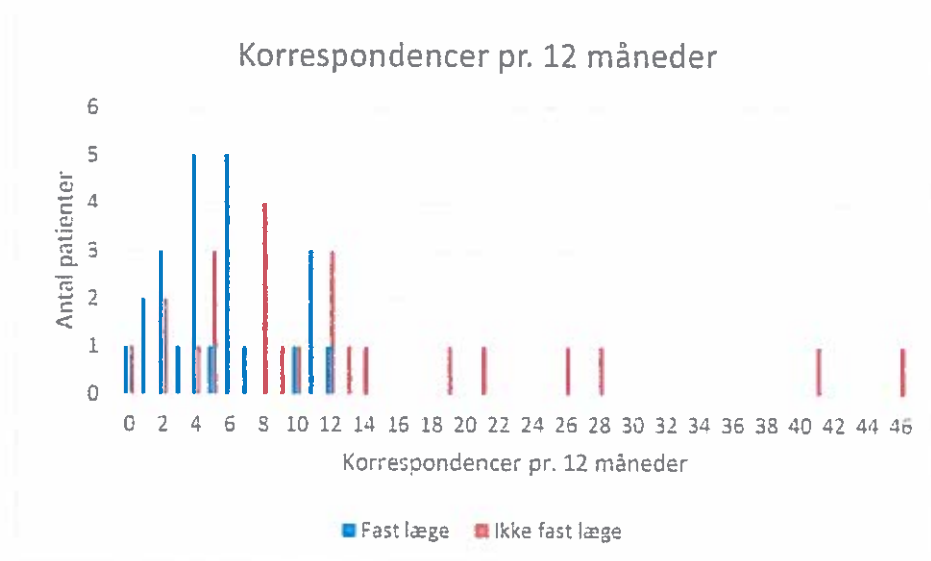


Figur 4: Telefonkonsultationer mellem plejehjem og e.l. pr 12. måneder

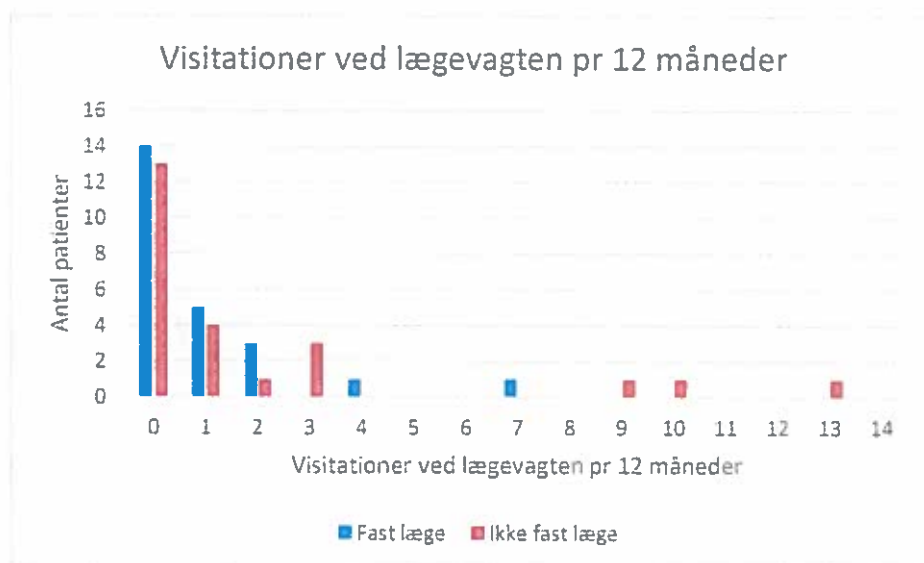




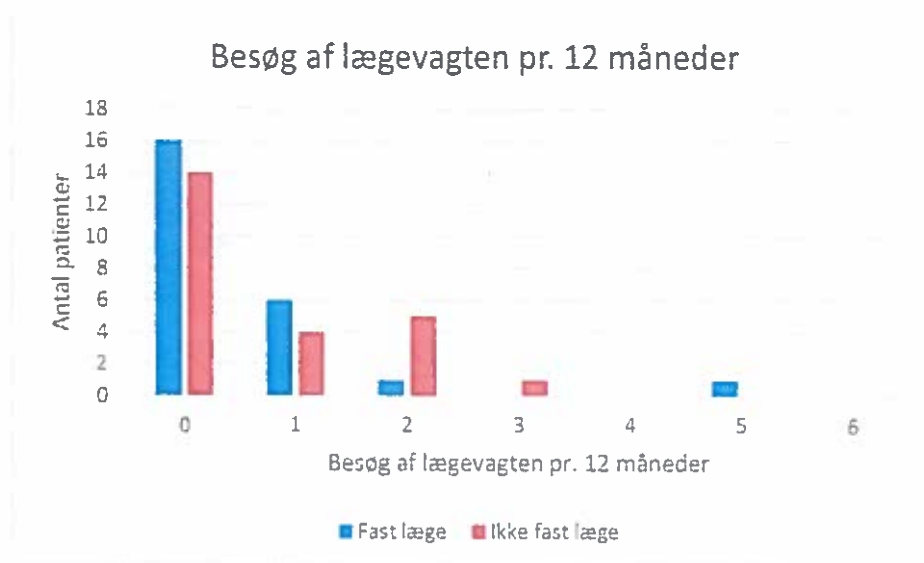
Figur 5: Korrespondancer mellem plejehjem og e.l. pr. 12 måneder



Figur 6: Telefonkonsultation mellem vagtlæge og plejehjem pr 12 måneder



Figur 7: Besøg af vagtlæge pr 12 måneder



Tabel 4: Opgørelse af effektmål 'Årskontrol' og 'Ajourført FMK indenfor det sidste år'

	Fast læge, antal/%	Ikke fast læge, antal/%
En eller flere årskontroller indenfor de seneste 12 måneder	0/0%	20/83,3%
Ajourført FMK indenfor de seneste 12 måneder*	20/83,3%	17/70,8%
	Ajourført ved sygehus	6/25%
	Ajourført ved egen læge	14/58,3%
*: Ajourføring kan kun registreres for hvornår det senest er gjort. Vi har ikke mulighed for at se tidligere ajourføringer, grundet systemet med FMK.		

## Diskussion

### Styrker og svagheder ved studiet

Man kan fremhæve flere styrker ved studiet. De indhentede data er pålidelige. I almen praksis har vi en journalføringskultur, som er præcis i den forstand, at den definerer typen af kontakten ret præcist.

Desuden er der i vores respektive praksis anvendt samme journalføringssystem (XMO). Vi har lavet regelret journalgennemgang for alle patienter. Ved tvivl om der har været tale om besøg eller konsultation, har vi kigget tilbage i kalenderen, og på den vis fået bekræftet typen af kontakt. På den baggrund mener vi at have sikre, pålidelige data uden informationsbias.

Vi har ligeledes sikret os, at observationstiden er korrekt ved at confirmere indflytningstidspunktet med plejehjemmet, hvis der har været tvivl ved journalgennemgang. Vi har sorteret pt. i plejeboliger fra, hvilket også er konfirmeret med plejehjems personale.

Vi har undgået censurering, dvs. vi har fulgt populationen over hele tidsperioden uden slip, og derved kan vi beregne valide risikoestimer RR, for at udtrykke eksponeringens effekt.

Vi sammenligner de to grupper ud fra udvalgte karakteristika jf. Tabel 2. På alle karakteristika er grupperne næsten ens. Det støtter os i, at vi har sammenlignelige kohorter, og at forskellene i effektmål er udtryk reelle forskelle på de to grupper.

Studiets største svaghed er, at vi anvender en lille population. Det betyder naturligvis, at få udfald og forskelle i populationen kan have stor betydning for resultaterne. Dette kommer vi nærmere ind på under de enkelte effektmål.

Dertil kommer, at den generelle praksis på forskellige plejehjem og lægepraksis, og forskellige lægers arbejdsmetoder ikke er ens. Den interpersonelle forskel og tærskel for, hvornår eks. man vælger at tage kontakt til plejehjem, læge eller vagtlæge, er forskellig og betydende for vores udfald.

### Indlæggelser

Vores hovedresultat er den store forskel i antal indlæggelser i de to grupper.

Vi mener, at årsagen til dobbelt så mange indlæggelser i IFL-gruppen kan være påvirket af flere parametre.

Patienter i IFL-ordning bliver set af egen læge 1,66 gang pr. år sml. med FL-gruppe pt, som ses 17,28 gange pr. år. Her må antages, at den profylaktiske behandling må være bedre pga. tættere kontakt mellem pt, læge og plejepersonale, så tilstande som urinvejsinfektioner og nedre luftvejsinfektioner behandles i opløbet, og eks. faldulykker/frakturer forebygges hurtigere efter opstået behov via bl.a. hurtigere medicinjusteringer.

En anden væsentlig parameter kunne være det faktum, at vagtlægen (=VL) har flere besøg hos pt i IFL-ordning sml. med pt i FL-ordning. Vi forestiller os, at VL har en lavere tærskel for indlæggelse, fordi kendskabet til komplekse problemstillinger, sygdomsadfærd og egenomsorg hos den enkelte pt naturligvis er dårligere end hos egen læge. Derfor tror vi hurtigere VL skrider til indlæggelse, i fh.t. hvis man kender patienthistorik og sygdomsadfærd og ved, at man selv kan følge tæt op og evt. bruge akutteam af sygeplejersker dagen efter for at undgå indlæggelse.

Vores resultater understøttes af opgørelse fra i FL-ordningen i Skødstrup i 2016. Her lavede man stikprøve på 58 CPR numre fra Kløvervangens beboere over en to årig periode, hvor man ved sammenligning med plejehjemsbeboere i Aarhus kommune fandt, at der generelt var færre indlæggelser og genindlæggelser<sup>6</sup>

I gruppernes alder er der 5,5 års forskel i middelværdien. Man kan antage, at jo højere alder, des større risiko for sygdom og indlæggelse. Derfor ville denne forskel kunne have betydning for antallet af indlæggelser i de to grupper. Dog ses det, at det er i FL-gruppen, der er højest alder, hvilket antageligvis ville give en overrepræsentation af indlæggelser i den gruppe. Det gør det dog ikke. Derfor mener vi, at hvis alderen har betydning for forskydning af data, da vil det i vores tilfælde kun øge forskellen på indlæggelsesrater frem for at udligne dem. En anden hypotese kunne være, at de som er 'unge' på plejehjem må være alvorligt syge for allerede at have behov for døgnpleje, og derfor trækker i den anden retning, at de yngste vil være mest syge, og deraf forklare en del af forskellen i antal indlæggelser i vores studie.

Der kan evt. forekomme selektionsbias ud fra geografi trods kort afstand, da vi ikke har stratificeret for patientens økonomi. Skødstrup (FL-gruppen) ligger i Aarhus kommune, som er rigere end Viborg og Randers kommune (IFL-gruppen), hhv. nr. 71, 57 og 32, hvor nr. 98 er den rigeste kommune i landet<sup>8</sup>. Vi ved, at sygdomsadfærd er forskellig afhængig af indkomst, f.eks. er middellevetiden for den rigeste fjerdedel af den mandlige danske befolkning 82 år, mens den fattigste fjerdedel lever 72,2 år<sup>9</sup>. En hypotetisk forventning om forskel i individets økonomi ud fra geografi, kan derfor farve vores resultatet og give bias, således at forskellen i antal indlæggelser evt. ikke kun skyldes FL-ordning.

## Kontakten til egen læge

Telefonisk kontakt og korrespondancer er som ventet større hos IFL-gruppen, fordi denne kommunikation kommer i stedet for de mange fysiske besøg af lægen i FL-gruppen. Der findes 2,39 gange flere telefonkonsultationer og 1,92 gange flere korrespondancer i IFL-gruppen.

*Mønstret i IFL-ordning* viser generelt, at lægen ser pt en gang årligt til opsøgende hjemmebesøg/statusbesøg evt. med pårørende til en samtale, objektiv undersøgelse og medicingennemgang mm. Det vises bl.a. ved næsten konsekvent 0120/0121 regning årligt, samt journalnotat herfor og udført medicinafstemning (se tabel 6). Hertil kommer gennemsnitligt et akut besøg årligt til godt halvdelen af de 24 pt., men herudover er kontakten ikke fysisk. Besøg af 'Akutteam' af sygeplejersker ved akut sygdom er ikke regnet med, og det kommer ofte i stedet for akut besøg fra lægen. Derfor kan besøgstallet i IFL-gruppen se falsk endnu lavere ud sml. med FL-gruppen.

*Det generelle mønster i FL-ordning* er, at lægens tilser patienten løbende, ca. 17 gange pr år. Denne hyppige kontakt og faste besøgsdage, hvor plejepersonale kan samle spørgsmål og lave liste over beboere, som har brug for lægehjælp, gør, at behovet for telefonkontakt og korrespondancer er markant lavere.

Fordelen ved IFL-ordningen er, at den for nogle læger er tidsbesparende, unødige kontakter er sorteret fra og hjemmesygeplejersken og praksispersonale varetager en større del af behandlingen af plejehjemsbeboerne. Lægen sparer derved tid, som kan bruges til at udføre nogle af alle de andre opgaver, som den praktiserende læge har i dag. Ulempen er bl.a., at lægen ikke får indgående kendskab til plejehjemspersonale, fordi de er flere og fordeles på adskillige centre og samarbejdet antages heraf at være

dårligere end i FL-gruppen. De fysiske møder med patienten er få, akutte problemstillinger behandles oftere telefonisk uden at tilse pt., og det må afspejle sig i det resultat, at patienterne bliver indlagt dobbelt så hyppigt, som i IFL-gruppen.

Fordelen ved FL-ordning, ud fra vores studie, er tydelig, at man ved kontinuerlige lægebesøg kan forebygge indlæggelser og kontakter til lægevagten. Desuden tilføjer man fra Kløvvangens personale en oplevelse af øget patientsikkerhed, oplevet kvalitetsløft i behandling og ikke uvæsentligt kontinuerlig opkvalificering af medarbejdere på plejehjemmet ved lægens øgede tilstedeværelse<sup>13</sup>. En anden sidegevinst er, at den sårbare ældre ikke skal flyttes, og man undgår at familien skal tage fri for at ledsage deres familiemedlem til lægen. Kontakten til egen læge bliver således bedre ved FL-ordning - man kunne dog stille det spørgsmål: har en plejehjemsbeboer behov for at blive tilset af egen læge 17 gange pr. år mod den gennemsnitlige dansker, der ser egen læge 6,6 gange pr år<sup>14</sup>? Det lyder som en dyr post for samfundet - er den så det værd? Dette belyses i afsnit om økonomisk perspektiv.

### Lægevagtkontakt/besøg

"Fordi din egen læge kender dig bedst og har din journal, får du her den bedste vejledning og behandling – også når det haster". Sådan lyder det fra en kampagne pjece fra Region Midt til patienterne i 2017<sup>15</sup>.

Derfor var et af vores primære effektmål også at se på, om man ved FL-ordning kan reducere brugen af LV, som er den næstbedste løsning og kun ment til akutte problemstillinger. Generelt er brugen af LV højest i IFL-gruppen, både i fh.t. telefonisk kontakt (RR 1,8) og besøg (RR 1,59) jf. Tabel 3. Dertil er 0,66 besøg af lægevagten pr. år relativt højt, når man kun får besøg af egen læge 1,66 gang pr. år i FL gruppen.

Således ses FL-ordning at reducere brugen af andre læger end egen læge, både i form af LV og ved indlæggelser på hospital.

### Ajourført FMK/Årskontrol el. Opsøgende hjemmebesøg.

Data for 'Ajourført FMK' er ikke brugbart som mål for udført medicingennemgang. FMK registrerer den seneste ajourføring, og hvis patienten har været i kontakt med sygehus og der er ajourført af sygehuslæge, kan vi ikke se, hvornår e.l. sidst har ajourført forud for hospitalskontakten. Desuden finder vi ved journalgennemgang, at der ofte er noteret, at der er udført medicingennemgang, lægen har bare ikke vinget af i 'ajourført medicin' i FMK. Derfor kan vi ikke anvende det som mål for udført medicingennemgang, se tabel 4. Men vi kan derimod konkludere at de praktiserende læger måske ikke er helt fortrolige med anvendelsen af FMK, i en grad, så de husker at ajourføre, selvom de laver gennemgang.

Vi har talt op, hvornår der er udført årskontroller (ydelse 0120) eller opsøgende hjemmebesøg (ydelse 0121). Generelt for IFL-gruppen ses, at den ydelse der er brugt er 0121, opsøgende hjemmebesøg.

I IFL-ordningen laves opsøgende hjemmebesøg årligt i 84% af tilfældene. I IFL-gruppen tages denne ydelse derimod ikke. Her har vi forhørt os i Skødstrup lægepraksis. Årsagen til at der ikke er taget regning for 0121/0120 er ikke helt klar. Når man ser patienterne så forholdsvis ofte, og jævnlig tager stilling til problemstillinger, så synes det måske ikke helt rimeligt at tage regning for en ekstraordinær ydelse, da ydelsen ikke er ekstraordinær. Der er tale om vanlig kontrol, og da det gøres forholdsvis ofte, er der ikke belæg for at fakturere yderligere "dyre" kontroller. For patienter i IFL-ordningen virker det mere rimeligt at tage den dyre ydelse, da omfanget af kontrollen/besøget er potentielt relativt større, i og med, at patienten

ikke ses så ofte. Men hvilke ydelser der tages sigt nok mere om lægens generelle arbejdsmønster og samvittighedsfuldhed.

## Økonomisk perspektiv

### Økonomien i den nuværende aftale om fast læge på plejehjem

Der er som nævnt afsat 100 mio. kr. i satspuljeaftalen for 2016, som skal gå til at *indfase* ordningen på alle landets plejecentre over fire år. Midlerne tilføres *kommunerne*, og skal gå til honorering af lægerne i forbindelse med, at lægerne i en indfasningsperiode yder generel sundhedsfaglig rådgivning. Midlerne fordeles således, at der i 2016 er 40 mio. kr. til rådighed, og 2017 til 2019 20 mio. kr. årligt. Herefter er der *ikke* afsat nogen særskilte midler. Midlerne ligger således uden for den overenskomstaftale økonomiske ramme for almen praksis.

Ordningen består overordnet set af 2 elementer:

1. Beboerne på det enkelte plejecenter tilbydes at vælge en læge, der er fast tilknyttet til plejecentret. Honoreringen af lægerne for den sundhedsfaglige behandling, som ydes til de beboere, der er fast tilknyttet en læge, sker efter reglerne i Overenskomst om almen praksis. Ved besøg hos flere beboere på plejehjem afregnes med ydelse 0491 "Besøg på ruten" (375,61 kr.) for beboer nr. 2 og følgende.<sup>16</sup>
2. Der indgås en konsulentkontrakt mellem kommunen og den fasttilknyttede læge til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret. Timesatsen er 922,52 kr. per 1. oktober 2017. Der er i en pressemeddelelse fra Sundheds- og Ældreministeriet nævnt "f.eks. et par timer om ugen".<sup>17</sup> I aftalen står der, at tidsforbruget på den sundhedsfaglige rådgivning afpasses det aktuelle behov, f.eks. således, at der med henblik på at etablere et godt samarbejde om behandlingen af plejecentrets beboere afsættes mere konsulenttid i forbindelse med igangsættelsen af ordningen på plejecentrene, og dermed mindre tid senere i forløbet. Øvrige forhold i forbindelse med ordningen aftales lokalt.<sup>18</sup>

Vi har ikke kunnet finde nogen informationer om, hvordan kommunerne skal honorere lægerne for sundhedsfaglig rådgivning *efter* 2019. Der er ikke nævnt noget i den nye overenskomst for almen praksis 2018. Hvis man tænker sig, at kommunerne efter 2019 væger at spare lægernes konsulenttimer helt eller delvis væk, så vil det formentlig betyde en væsentlig forringelse af ordningen samlet set. I evalueringen af pilotprojektet fremhæver plejepersonalet netop, at de ugentlige møder og de fast tilknyttede lægers vejledning- og læringsforløb har betydet stor læring, øget gensidig tillid, større tilgængelighed, mere kontinuitet og bedre samarbejde.<sup>19</sup> Der mangler altså at blive lavet aftaler om og afsættes midler til lægernes sundhedsfaglige rådgivning også efter 2019.

Vi har adspurgt de involverede læger i Skødstrup lægehus, hvordan de håndterer denne "konsulent-tid". Det er ikke noget, som før har været en del af deres ordning. Men i praksis foregår det således, at der først og fremmest er en stor del af vejledningen til plejepersonalet, som er indbygget i selve "stuegangsarbejdet". Læringen og sparringen er behovsbaseret og opstår ofte i mødet mellem fagpersonerne, når de håndterer en problemstilling. Den del er derfor svær at sortere ud og gøre op i tid. Derudover planlægges der møder mellem praksis og plejehjems personale, når mere generelle ting skal drøftes. Dette kan nemt gøres op i tid, og Skødstrup lægepraksis bruger i gennemsnit ca. en time hver måned på sådan kontakt. De er dog også af den opfattelse, at den tid er mere nødvendig i en opstartsperiode. Dette forhold gjorde sig som nævnt også gældende i pilotprojektet.

Men man kan spørge om, hvordan det er tænkt at konsulenttiden skal beregnes?

## Kan det betale sig?

Kan det betale sig? Det viser sig, at være fordelagtigt for især patienterne. Der foreligger også kvalitative data på, at det samme gælder for pårørende, plejepersonale og læger<sup>20</sup>. Men kan det betale sig økonomisk? For regionen? For den praktiserende læge?

I pilotprojektet er der lavet en business-case, hvor de laver en grundig beregning, som viser sig, at det samfundsøkonomisk er en fordel at have fast læge på plejehjem.

## For Regionen

Nedenstående beregning viser, at det i vores opgørelse faktisk også kan betale sig. Beregningen indeholder ikke alle data nødvendige for at lave en helt korrekt beregning. Men den er et skøn lavet ud fra den nyeste honorartabel (1. januar 2018) og antallet af hændelserne optalt i vores studie. Dvs. den indeholder ikke udgifter ved lægeskift, km-beregninger eller konsulentlønninger. Sidstnævnte har ikke været en del af Skødstrup Lægepraksis' metode. Dog vil det fremover naturligvis øge prisen for ordningen.

Beregningen er konkret ud fra antal af hændelser i de to grupper. Da den gennemsnitlige observationstid for patienterne i de to grupper er næsten ens, laver vi dermed en direkte sammenligning.

Tabel 5: Priser ud fra honorartabel brugt til udregning<sup>21</sup>.

Ydelse i dagstid:		Honorar i kroner:			
0201	Telefonkonsultation	27,4			
0105	Korrespondance	43,98			
0411	Sygebesøg < 4 km	375,61			
0491	Besøg på ruten	375,61			
0121	Opsøgende hjemmebesøg	792,54			
Ydelser i vagten:		KI 16-20	KI 20-24		Gnsn.:*
0501	Telefonkonsultation uden besøg	95,05	120,09		107,57
0602	Telefonkonsultation med besøg	41,1	50,85		45,975
0471	Besøg	269,59	329,72		299,655
Gennemsnitlig indlæggelse		25.000			
*: Da vi ikke har indsamlet tidspunkter for kontakterne regnes med et gennemsnit.					



Tabel 6: Honorarudgifter i hele perioden i de to grupper:

Ydelse i dagstid:		Antal IFL/FL	IFL-ordning	FL-ordning	Difference (FL-IFL)
0201	Telefonkonsultation	366/143	10.028,4	3.918,2	-6.110,2
0105	Korrespondance	547/266	24.057,1	11.698,7	-12.358,4
0411	Sygebesøg < 4 km*				
0491	Besøg på ruten	46/839	17.278,1	315.136,8	297.858,7
0121	Opsøgende hjemmebesøg	41/0	32.575,3	0	-32.575,3
Ydelser i vagten:					
0501	Telefonkonsultation uden besøg	79/41	8.498,0	4.410,4	-4.087,7
0602+0471	Telefonkonsultation med besøg	34/20	11.751,4	6.912,6	-4.838,8
Indlæggelser		33/15	825.000	375.000	-450.000
I alt udgifter for regionen			929.188,3	717.076,6	-212.112
Årlig udgift for regionen			318.578,8	245.854,8	-72.724
*: Det første besøg på dagen honoreres med 0411, resten som 0491. Da taksten er ens for 0411 og 0491 har det ikke praktisk betydning for udregningen, og er derfor ikke talt.					

Udgifterne for regionen i observationsperioden (35 måneder) for de to grupper viser således en forskel på 212.112 kr., som IFL-gruppen er dyrere end FL-gruppen. Det svarer årligt til 72.724 kroner (observationstiden/35md\*12md).

Hertil kommer naturligvis overvejelser om, at en udgift til generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejehjemmet mindsker besparelsen. Timesatsen er 922,52 kr. per 1. oktober 2017. Der er i pressemeddelelsen nævnt "f.eks. et par timer om ugen". I aftalen står der, at tidsforbruget på den sundhedsfaglige rådgivning afpasses det aktuelle behov. To timer ugentligt vil betyde en merudgift på 258.305,6 kr. for perioden, svarende til 88.562 kr. pr år. Her ses det, at ordningen da vil blive dyrere en IFL-ordningen. En time ugentlig vil betyde en merudgift på 129.152,8 kr., svarende til 44.281 kr. pr år. Imidlertid vurderes det urealistisk og unødvendigt at kunne honorere dette, og det vurderes, at det ikke ville være mere en max en time ugentligt. Erfaringen fra Skødstrup er, at når ordningen er kommet godt i vej, ligger vejledningen af personalet indbygget i den tid der alligevel bruges på stuegang, og der bruges måske en time pr måned. Dette giver en merudgift for FL-ordningen på 11.070 kr. årligt. Begge sidstnævnte beregninger peger stadig på en samlet økonomisk fordel ved FL-ordningen.

Sidst er der også spørgsmålet om årskontroller i FL-gruppen. Som udgangspunkt burde man årligt at kunne tage ydelsen 0121. Men det synes alligevel ikke rimeligt, når man potentielt ser patienterne så ofte, som man gør i FL-gruppen. Så skal man til at differentiere for hvem, og hvornår det er rimeligt. Lidt det samme gør sig gældende for 0120. Fremover er der også ændringer i ydelsesstrukturen i f.ht. de nye kronikerydelser 0130, 0131 og 0132. Derfor vil en vurdering af netop 0120 og 0121 ikke være relevante for fremtidig anvendelse.

## For den enkelte læge

Når et sådant initiativ skal iværksættes, vil det for den enkelte læge også have betydning om det rent økonomisk kan være rentabelt for praksis. Der ligger en del ekstra belastning i arbejdsbyrden i at starte en fastlæge-ordning op både tidsmæssigt og arbejdsmæssigt. Vi har ikke haft mulighed for at lave dybdegående beregninger på antaget tidsforbrug og belastning af praksis. Men ud fra en ren økonomisk beregning af honorarer ses det, at være rentabelt for praksis at indføre FL-ordning.

Tabel 7: Økonomisk beregning for den praktiserende læge

Ydelse i dagstid:		Antal	IFL-ordning	FL-ordning	Difference
0201	Telefonkonsultation	366/143	10.028,4	3.918,2	-6.110,2
0105	Korrespondance	547/266	24.057,06	11.698,68	-12.358,4
0411	Sygebesøg < 4 km				
0491	Besøg på ruten	46/839	17.278,1	315.136,8	297.858,7
0121	Opsøgende hjemmebesøg	41/0	32.575,32	0	-32.575,3
I alt indtægt fra honorarer			839.38,84	330.753,7	<u>246.814,8</u>
Forskel i indtægt årligt:					<u>84.622,2</u>

Således ses det, at Skødstrup lægepraksis i perioden har haft en årlig indtægt ved deres gruppe plejehjemspatienter, som er 84.622,2 kr. højere end de to andre praksis tilsammen har på deres 24 pt.

FL-ordningen kræver dog, at den enkelte læge er indstillet på at lave ændringer på både kort og lang sigt. Dvs. i opstartsfasen at bruge meget tid og energi på at få det op at stå, og derefter ugentligt besøge plejehjemmet. Det er naturligvis en individuel sag, hvordan man bedst ønsker sin arbejdsuge planlagt. Men både lægerne i Skødstrup og de læger, som var involveret i pilotprojektet føler, at kvaliteten for patienterne er højnet<sup>22</sup>. Ordningen øger arbejdsglæden for de involverede læger, og det anser vi som en meget betydende faktor i afvejningen af, om ordningen kan betale sig.

Vi synes desuden, det skal ses som en kvalitet, at tiden og arbejdet på plejehjemmet er planlagt og rettet mod kun at fylde en enkelt dag i ugen. Hermed kan man arbejde dedikeret med det, når der er afsat tid, og undgå sporadiske stillingtagen i løbet af ugen, med mindre det naturligvis drejer sig om noget akut.

Det giver også en afveksling i den vanlige rutine, hvilket vi i gruppen finder interessant og givende. Som også nævnt i pilotprojektet, så har vi at gøre med nogle læger, som alle hver især har haft et ønske om at øge kvaliteten for patienterne, og derfor er de også positivt stemt for, at der skal komme noget godt ud af det. Når det rulles ud til hele landet er der risiko for at nogle læger ikke ønsker samarbejdet, hvilket nok vil afspejle sig i arbejdet negativ.

## Konklusion

Vores retrospektive kohortestudie er lille, men viser, at forskellen i primære effektmål mellem grupperne er så markante, at vi mener at kunne antage, at der reelt er forskel på de to grupper.

Vi finder, at der i IFL-gruppen er dobbelt så mange indlæggelser årligt. Der er i samme gruppe mere end dobbelt så mange telefonkonsultationer, næsten dobbelt så mange korrespondancer og vagtlæge telefonkonsultationer og ca. halvanden gang så mange vagtlægebesøg. Til gengæld er der i FL-gruppen ca. ti gange så mange besøg af egen læge som i IFL-gruppen.

Såfremt resultaterne i vores studie kan overføres til hele landet, så viser vores beregninger, at det kan betale sig økonomisk både for samfund og egen læge at have FL-ordning.

Vi har ikke undersøgt de kvalitative aspekter af faste læger på plejecentre. Det er dog vores klare indtryk, at alle parter i FL-gruppen generelt er meget tilfredse med ordningen og mener, at den bredt set giver et kvalitetsløft. Det samme er konklusionen i evalueringen af pilotprojektet. Der er dog heller ikke tvivl om, at ordningen er tidskrævende for de praktiserende læger, især i opstarten. Det er alt andet lige tid, der går fra andre opgaver og patientgrupper. Spørgsmålet er så, om det så samlet set bliver en gevinst, eller om andre patientgrupper nedprioriteres. Aftalen er langt fra implementeret over hele landet endnu. Marts 2017 havde kun ca. hver fjerde kommune aftaler i hus.<sup>23</sup> Tiden må vise, om det ordningen også bliver en succes, når den er udbredt til hele landet, og det ikke kun er frivillige praktiserende læger med særlige interesse for området, som deltager.

Flere og større studier, såvel kvantitative som kvalitative, bør laves, når ordningen er fuldt implementeret.

---

<sup>1</sup> Det nationale Forskningscenter for velfærd, Rapport: 'Evaluering af "fast tilknyttede læger på plejecentre" et pilot projekt'

<sup>2</sup> Aftale mellem Praktiserende Lægers Organisation, staten, Danske Regioner og KL om implementering af initiativ om faste læger til- knyttet plejecentre, 26. Maj 2016

<sup>3</sup> Fra Kløvervangens hjemmeside: <http://www.kloevervangen.dk/main/?p=1421>

<sup>6</sup> Fra Kløvervangens hjemmeside: <http://www.kloevervangen.dk/main/?p=1421>

<sup>8</sup> Danmarks Statistik, <https://www.dst.dk/da>, 2016

<sup>9</sup> Dagens Medicin, Leder, 25/05/2012

<sup>13</sup> Fra Kløvervangens hjemmeside: <http://www.kloevervangen.dk/main/?p=1421>

<sup>14</sup> Sundheds og Ældreministeriet 2016, Rapport ' Befolkningens kontakter til almen praksis'

<sup>15</sup> [https://www.sundhed.dk/content/cms/36/79736\\_lægevagtsfolder.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/36/79736_lægevagtsfolder.pdf)

<sup>16</sup> Overenskomst om almen praksis 2018 indgået mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)

<sup>17</sup> Pressemeldelse fra Sundheds- og Ældreministeriet 30.05.2016: Sophie Løhde: Faste læger på plejecentre giver ældre bedre pleje"

<sup>18</sup> Aftale mellem Praktiserende Lægers Organisation, staten, Danske Regioner og KL om implementering af initiativ om faste læger til- knyttet plejecentre, 26. Maj 2016

<sup>19</sup> Det nationale Forskningscenter for velfærd, Rapport: 'Evaluering af "fast tilknyttede læger på plejecentre" et pilotprojekt'

<sup>20</sup> Det nationale Forskningscenter for velfærd, Rapport: 'Evaluering af "fast tilknyttede læger på plejecentre" et pilotprojekt' s.109-114 og på Kløvervangen hjemmeside <http://www.kloevervangen.dk/main/?p=1421>

<sup>21</sup> 25.000 kr. er den værdi, man i det politiske pilotprojekt har beregnet, at en gnsn. indlæggelse koster

<sup>22</sup> Fra Kløvervangens hjemmeside: <http://www.kloevervangen.dk/main/?p=1421>, s 109-114 i Det nationale Forskningscenter for velfærd, Rapport: 'Evaluering af "fast tilknyttede læger på plejecentre" et pilotprojekt'

<sup>23</sup> Pressemeldelse fra Sundheds- og Ældreministeriet 28-03-2017: "Flere plejehjem får fast tilknyttede læger"