



NOTAT

Kommunernes samarbejde med praktiserende læger om sygebesøg på midlertidige pladser, herunder særligt akutpladser

De praktiserende lægers sygebesøg hos borgeren er som led i den nye overenskomst med PLO udlagt til decentral forhandling i de fem praksisplanudvalg. Den decentrale forhandling omfatter såvel sygebesøg i borgerens eget hjem som sygebesøg på midlertidige pladser, herunder akutpladser og aflastningspladser.

Nærværende notat giver et overblik over rammer omkring midlertidige pladser, særligt akutpladser, herunder målgrupper og opgaver, hidtidige erfaringer med akutpladser samt samarbejde med praktiserende læger. Endelig beskrives forskellige modeller for lægeligt samarbejde om borgere på akutpladser. For sygebesøg i eget hjem henvises til særskilt notat herom

Lægers forpligtigelser til at gennemføre sygebesøg på kommunale pladser

De praktiserende læger er iflg. gældende overenskomst forpligtet til fra mandag til fredag i dagtiden at aflægge almindelige *sygebesøg* til patienter tilmeldt den respektive læges praksis og med bopæl inden for 15 km fra praksissen, hvis lægen vurderer, at sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg (dog 5 km. i Københavns, Frederiksberg, Dragør og Tårnby Kommuner).

Ift. patienter med bopæl uden for 15/5 km. grænsen er egen læge ifølge overenskomsten ikke forpligtet til at køre sygebesøg. For sidstnævnte patienter gælder det dog, at såfremt patienterne ikke har haft mulighed for at vælge en læge inden for grænsen, er regionen forpligtiget til at sørge for lægehjælp enten ved sygebesøg eller ved transportordning.

Den 8. december 2014

Sags ID: SAG-2014-05183

Dok.ID: 1948960

JJC@kl.dk

Direkte

Mobil 2913 6601

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

Telefon

www.kl.dk

Side 1/7

For borgere med ophold på midlertidige pladser, herunder akutpladser og aflastningspladser, gælder som udgangspunkt de samme regler som ved sygebesøg i borgerens eget hjem. Denne vurdering deles af PLO jf deres politik vedr. lægebetjening af kommunale akutfunktioner. PLO er imidlertid ikke enig i det gældende honorarniveau for sygebesøg på akutpladser, da PLO mener at der er tale om en mere kompleks opgave.

Akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje

Opgaver, der tidligere blev varetaget af sygehusene, overgår i stigende grad til kommunerne og til almen praksis. Det medfører, at kommunerne skal håndtere patienter med stort behov for en pleje-, behandlings- og/eller rehabiliteringsindsats. Det har mere end 80 pct. af kommunerne gjort ved at etablere akutfunktioner til borgere med et særligt pleje- og behandlingsbehov, som ikke kan håndteres af den almindelige hjemmesygepleje. Som udgangspunkt er de kommunale akutfunktioner lægevisiterede.

Målgruppe

Målgruppen for akutfunktioner er primært ældre medicinske patienter samt patienter med kronisk sygdom, men der kan også være andre patientgrupper, særligt når vi tale om rehabiliteringspladser. Der er tale om patienter, som er i en pleje- og/eller behandlingsmæssig tilstand, som bedst varetages i et borgernært sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige og terapeutiske kompetencer. Tilbuddet kan ikke erstatte en indlæggelse, hvis patienten har behov for dette.

Det drejer sig overordnet om følgende:

- Patienter med akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom, og hvor det efter en konkret vurdering ved en praktiserende læge/vagtlæge vurderes, at pleje, behandling og rehabilitering af patientens bedst varetages i akutfunktionen.
- Patienter, som i forvejen har kontakt til den almindelige hjemmesygepleje, og hvor hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for akutfunktionens kompetencer. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem akutfunktionen og almen praksis.
- Patienter, der efter udskrivning fra sygehus, fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov, der kræver særlige kompetencer hos hjemmesygeplejen.

Opgaver

Den almindelige hjemmesygepleje varetager typisk planlagte sygeplejeopgaver, som kan være både almene og særlige, og hvor det kræver særlige kompetencer hos personalet i hjemmesygeplejen.

De sygeplejeopgaver, der varetages i hjemmesygeplejens akutfunktioner, kræver særlige kompetencer hos de involverede sundhedspersoner. Det skyldes, at patienterne ofte har komplekse pleje- og behandlingsbehov, som kræver, at personalet kan agere og træffe beslutninger i en uforudsigelig og omskiftelig hverdag. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen også, at sygeplejersker har mindst 2 års relevant erhvervs erfaring med målgruppen for akutfunktionen i fuldtidsstilling som sygeplejerske inden ansættelse¹

Eksempler på opgaver, der varetages i hjemmesygeplejens akutfunktion er:

- Observation af akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom
- Væske- og ernæringsterapi, herunder sondeernæring.
- Inhalationsbehandling og iltterapi.
- Kateteranlæggelse og -pleje.
- Intravenøs væskebehandling og medicinadministration.

Iflg. Sundhedsstyrelsen kan nogle indsatser i akutfunktionen udgøre en patientsikkerhedsmæssig risiko – ofte i forbindelse med varetagelse af pleje og behandling af patienter, der udskrives fra sygehus. Sundhedsstyrelsen peger konkret på intravenøs behandling, og anbefaler i den forbindelse, at ansvaret for sådanne opgaver forbliver på sygehuset også efter udskrivelsen, idet den praktiserende læge generelt ikke har den fornødne rutine.

Delegation

Afhængig af patientens sygdom vil hjemmesygeplejen skulle varetages i et samarbejde med patientens praktiserende læge, relevante læger på sygehus eller læger, der på anden vis samarbejder med kommunen, typisk i forbindelse med

- Vurdering af, om en borger skal indlægges på sygehus eller alternativt tilbydes en indsats i akutfunktionen
- Varetagelse af lægeordineret behandling, fx i forhold til behandling efter patienten er udskrevet fra sygehus
- Udredning og behandling af patienter, som tilbydes en indsats i akutfunktionen.

En stor del af de sundhedsfaglige indsatser i akutfunktionen bliver leveret efter ordination af en læge i henhold til reglerne om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed

Akutfunktionen varetager procedurer og undersøgelser, som er lægeforbeholdte. Fx anlæggelse af sonder og katetre, måling og blodsukker og blodprøvetagning. Der er tale om generiske lægeforbeholdte opgaver,

¹ Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen, 2014.

ikke specifik behandling. Herved kan personalet fx måle et blodsukker uden forudgående lægekontakt, og kan ved den efterfølgende telefoniske kontakt til patientens praktiserende læge oplyse blodsukkerkoncentrationen til læger. Varetagelse af sådanne procedurer og undersøgelser skal delegeres fra en læge *inden for samme organisation som plejepersonalet*, f.eks. en praksiskonsulent eller læge med anden form for ansættelsesforhold i kommunen.

Organisering

Akutfunktioner er organiseret forskelligt i de enkelte kommuner, men oftest som udkørende team, der leverer sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, eller som midlertidige døgnophold på en særlig kommunal enhed – oftest i tilknytning til et plejecenter.

Akutfunktioner er kendetegnet ved at være fleksible på tid og opgavetyper og er tilgængelige 24 timer i døgnet. Akutfunktionens ydelser er tidsbegrænset indtil borgerens tilstand er stabil – typisk op til et par uger. Herefter overdrages evt. til den almindelige hjemmesygepleje med henblik på en fortsat sygeplejeindsats.

Rehabiliteringspladser og aflastningspladser

Behovet for sygebesøg er størst på akutpladser, sådan som den funktion er defineret af Sundhedsstyrelsen. I praksis sondrer kommunerne mange gange ikke mellem akutpladser og rehabiliteringspladser, der oftest ligger dør om dør. I forhold til rehabiliteringspladser har kommunen ofte en højere normering af terapeuter, der indgår i rehabiliteringen. Behovet for sygebesøg vurderes generelt som lavere på rehabiliteringspladser, da borgere ofte ikke er i en akut sygdomstilstand. Grænserne kan imidlertid være flydende, fordi mange borgere, der hjemtages eller som skal i behandling for en infektion, er generelt svækkede, og som derfor sideløbende har brug for en rehabiliterende indsats.

Aflastningspladser er en ordning under serviceloven, der har til formål at aflaste fx en ægtefælle. Her er der ikke et nævneværdigt behov for sygebesøg som sådan. Det kan naturligvis forekomme, men borger er ikke visiteret til pladsen på baggrund af høj sygelighed. Men fx demente borgere kan få behov for et sygebesøg under sit ophold, og praksis har generelt været, at egen læge tilser borgeren.

Lægedækning af akutpladser i den nye overenskomst

Den nye overenskomst med PLO betyder, at opgaver og økonomi vedr. sygebesøg flyttes fra den centrale overenskomst ud til praksisplanudvalgene til lokal tilrettelæggelse og forhandling. Opgaven vedr. sygebesøg omfatter alle typer af sygebesøg, som lægen er ansvarlig for inden for dagtiden, herunder også sygebesøg på midlertidige pladser.

Overenskomsten tydeliggør desuden lægernes forpligtelse i forhold til tilgængelighed. Justeringen betyder, at kommunale sundhedspersoner, der handler på vegne af borgere, der ikke selv kan henvende sig til lægen, ligestilles med patienter i øvrigt. Således fremgår det af udviklingskontrakten i overenskomsten, at det skal være let for patienter, pårørende og *samarbejdspartnere* at komme i kontakt med almen praksis². Den konkrete beskrivelse af lægernes forpligtelser skal fremadrettet ske i de enkelte praksisplaner, fx fastlæggelse af tidspunkter for kommunernes henvendelse på vegne af borgere.

Modeller for lægedækning af akutpladser

Der er forskellige modeller for lægedækning af akutpladser. En model er ved borgerens egen praktiserende læge. Fordelen er, at den praktiserende kender borgeren og dennes sygdomsbillede. Ulempen er, at den midlertidige plads ikke altid er inden for 15/5 km. grænsen.

En anden model er ved en stedlig alment praktiserende læge, som midlertidig overtager behandlingsansvaret, mens borgere er på en midlertidig plads. Fordelen er en mere effektiv brug af lægens ressourcer, mens ulempen er, at lægen har mindre kendskab til patienten.

En tredje model er, at kommunen kan vælge at tilknytte læger til at udføre klinisk arbejde. Denne sidste model har været anvendt i flere kommuner. Enten ved at kommunen indgår en lokalaftale (tidligere benævnt § 2) med de alment praktiserende læger om lægedækning på akutpladser eller ved, at kommunen fx ansætter medlemmer af praktiserende speciallæger og/eller Yngre Læger til at komme på akutpladsen et antal timer om ugen.

PLO om lægedækning af akutpladser

PLO vurderer, at lægebetjening af kommunale akutfunktioner er en fagligt relevant opgave for almen praksis under forudsætning af, at opgaverne er afgrænset til almenmedicinsk behandling. PLO vurderer dog i den forbindelse, at lægedækning af borgere på akutpladser er en ny opgave for almen praksis, som skal afregnes med særlige ydelseskoder, jf. neden for om honorering.

Det skal hertil bemærkes, at målgruppen for indsatser i akutfunktionen ofte har komplekse pleje- og behandlingsbehov samt et mere omskifteligt

² Udviklingskontrakten er en del af overenskomsten og anses som den politiske aftale mellem parterne om lægens rolle og opgaver i det samlede sundhedsvæsen. Den blev indført i 2010 og blev ændret betydeligt i forbindelse med den nye overenskomst, som en konsekvens af ændringen af sundhedsloven.

sygdomsbillede. Det skal dog samtidig bemærkes, at det sygeplejefaglige personale i akutfunktionen har særlige kompetencer til netop at håndtere borgere med et komplekst og omskifteligt sygdomsbillede – forudsat at der er fleksibel og hurtig adgang til lægen fx ved sygebesøg, videokonsultation/telemedicinsk konference med plejepersonale og patient samt ved telefonkontakt eller elektronisk kommunikation med sygeplejefagligt personale i akutfunktionen. En forbedret tilgængelighed for sygeplejepersonalet til almen praksis vil formentlig reducere behovet for lægernes sygebesøg, da kontakten kan afklare, hvad som skal ske af opfølgning i forhold til den pågældende borger.

Honorering

Såfremt der indgås en underliggende aftale om sygebesøg på akutpladser og/eller andre midlertidige pladser, skal der fastsættes et honorar for dette. Udgangspunktet kan være den struktur, man kender fra den centrale overenskomst, hvor der aftalt en række ydelser med samme indhold men med forskellig pris afhængigt af afstanden mellem læge og bopæl. PLO har i flere sammenhænge antaget det synspunkt, at disse takster er for lave.

PLO centrale udspil for denne type af sygebesøg har været en fast takst på ca. 3 gange konsultationstaksten plus ekstra beløb for hvert 10 minut ekstra de bruger på besøget, hertil kommer kørselsgodtgørelse. Dette uanset, om ansvaret ligger hos borgerens egen læge eller midlertidigt varetages af en stedlig læge. Ligeledes afregnes telefonisk drøftelse med personale i akutfunktionen efter medgået tidsforbrug for hvert påbegyndt 10 min.

Honoreringen skal ses i sammen hæng med, hvilke opgaver man ønsker lægen skal udføre, hvor kompliceret opgaven er mm. Takstmodellen kan som udgangspunkt ikke anbefales, da det er lægen selv som kan bestemme anvendelsen af tid og dermed sætte sin egen pris.

Sammenfatning

- Kommunerne råder over forskellige former for midlertidige pladser. Aflastningspladser er en ordning under serviceloven, der har til formål at aflaste fx en ægtefælde. Rehabiliteringspladser er målrettet borgere med rehabiliteringsbehov, men som ofte ikke er i en akut sygdomstilstand.
- Akutfunktioner varetager derimod mange akutte og særlige behandlingsopgaver, som er ordineret af læge. Lægedækning på akutpladser er derfor et væsentligt tema.
- For borgere med ophold på akutpladser gælder som udgangspunkt de samme regler som ved sygebesøg i borgerens eget hjem, herunder ift. afstandsproblemstilling m.v.

- Akutfunktionen varetager procedurer og undersøgelser, som er lægeforbeholdte. Varetagelse af sådanne procedurer og undersøgelser skal delegeres fra en læge *inden for samme organisation som plejepersonalet*, f.eks. en praksiskonsulent eller læge med anden form for ansættelsesforhold i kommunen.
- Det må forventes, at PLO i forbindelse med forhandlingerne bl.a. vil stille krav om ny afregning for en ny ydelse samt, at akutpladserne bemannes med sygeplejersker med særlige kompetencer.
- Stærke kompetencer og erfaring blandt det sygeplejefaglige personale på akutpladserne samt løbende dialog mellem læger og sygeplejersker vil reducere presset på lægerne og på den tid og de ressourcer, de skal anvende på at håndtere borgere med ophold på akutpladser.