



# NOTAT

## Kommunernes samarbejde med praktiserende læger om sygebesøg i borgerens eget hjem

Lægernes sygebesøg er udlagt til decentral forhandling i de fem praksisplanudvalg. Dette notat giver et overblik over typer af sygebesøg til borgere i eget hjem. Sygebesøg til borgere på midlertidige pladser (akut-, rehabiliterings- og aflastningspladser) er en særskilt problemstilling, der dækkes i et andet notat.

### Sygebesøg, opsøgende hjemmebesøg og opfølgende hjemmebesøg

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 søge for lægehjælp enten ved sygebesøg eller ved transportordning.

Før 1. september 2014 kunne borgerne, såfremt lægen accepterede det, vælge en læge uden for kilometergrænsen. Lægen ville dermed være forpligtiget til at foretage sygebesøg hos borger som bor mere end 15/5 km. væk fra lægens praksis. De borgere, som har benyttet sig af denne mulighed, beholder deres mulighed for sygebesøg ind til de foretager nyt lægevalg. Den centrale overenskomst indeholder derfor sygebesøgsydelse ud over de 15/5 km., hvilket en decentral aftale også skal tage højde for.

Den 8. december 2014

Sags ID: SAG-2014-05183

Dok.ID: 1948606

JJC@kl.dk

Direkte

Mobil 2913 6601

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

Telefon

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)

Side 1/7

Lægerne honoreres med følgende for sygebesøg jf. overenskomsten:

**Tabel 1: Takster for sygebesøg**

Sygebesøg indtil 4 km (zone 1)	208,01
Sygebesøg fra påbegyndt 5 km indtil 8 km (zone II)	243,84
Sygebesøg fra påbegyndt 9 km indtil 12 km (zone III)	277,56
Sygebesøg fra påbegyndt 13 km indtil 16 km (zone IV)	311,50
Sygebesøg fra påbegyndt 17 km indtil 20 km (zone V)	345,69
Sygebesøg fra påbegyndt 21 km til sygebesøgsstedet	366,83
For hver påbegyndt km ud over 21 km	8,47
Sygebesøg på ruten (uanset afvigelser fra ruten)	208,01

Udover sygebesøg, kan praktiserende læger også i henhold til overenskomsten gennemføre såkaldte *opsøgende hjemmebesøg*. Besøget kan kun aflægges en gang årligt hos skrøbelige ældre, normalt over 75 år. Lægen får ifølge overenskomsten 759,98 kr. for denne ydelse. Det bemærkes, at det er den praktiserende læge, der afgør, om der skal gennemføres opsøgende hjemmebesøg. Kommunen kan således ikke bestille ydelsen i almen praksis. Det bemærkes herudover, at det ikke er udbredt at kommuner og almen praksis samarbejder om besøgene til trods for, at Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler et sådant samarbejde<sup>1</sup>.

Endelig taler man om *opfølgende hjemmebesøg*, som aflægges i forbindelse med udskrivning fra hospital, men som ikke er en del af overenskomsten. Vilkårene for de opfølgende hjemmebesøg er hidtil blevet aftalt som såkaldte § 2 aftaler mellem PLO, region og kommunerne i den respektive region. Opfølgende hjemmebesøg er typisk målrettet den ældre medicinske patient. 89 pct. af landets kommuner samarbejder med praktiserende læger om opfølgende hjemmebesøg.

I forbindelse med handlingsplanen for den ældre medicinske patient, som var en del af finansloven for 2013, blev der afsat 15 mio. kr. årligt i perioden 2013-2015 til de praktiserende læger til opfølgende hjemmebesøg.

### **Målgruppe for sygebesøg**

Målgruppen for sygebesøg er typisk borgere, der ikke selv kan transportere sig til den praktiserende læges klinik. Det er ofte svage, konfuse, terminale, sengeliggende og/eller demente borgere.

Ofte er henvendelsen til den alment praktiserende læge foranlediget af en akut/subakut opstået situation, hvor det kommunale plejepersonale har behov for lægefaglig sparring.

---

<sup>1</sup> Klinisk vejledning for almen praksis. Den ældre patient, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2012.

**Tabel 2: Omfanget af sygebesøg**

Ydelse	Ydelseskode	Antal ydelser (i 1000 ydelser)		
		2003	2008	2013
Behandling af 2. sikrede i samme hjem	0102		4	5
Opsøgende hjemmebesøg	0121		18	30
Sygebesøg indtil 4 km.	0411	361	280	241
Sygebesøg fra påbegyndt 5	0421	78	67	60
Sygebesøg fra påbegyndt 9	0431	42	34	29
Sygebesøg fra påbegyndt 13	0441	10	12	10
Sygebesøg fra påbegyndt 17	0451	27	4	4
Sygebesøg fra påbegyndt 21	0461	11	3	3
Sygebesøg på ruten	0491	58	49	51

Kilde: CSC Scandihealth og 'Aktivitet og økonomi i almen praksis i dagtid og vagttid 2000 til 2008' (læger.dk)

**Tabel 3: Offentlige udgifter i 2013**

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Sygebesøgs-ydelser <sup>2</sup>	30.244.416	31.935.286	13.020.097	14.059.123	22.965.252	<b>112.224.174</b>

Kilde: CSC Scandihealth

**Tabel 4: Antal ydelser sygebesøg 2013**

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Behandling af 2. sikrede i samme hjem	1.068	986	570	754	1.228	4.606
Opsøgende hjemmebesøg	10.337	8.403	2.319	3.281	6.466	30.806
Sygebesøg indtil 4 km.	66.687	63.996	31.978	30.928	47.356	240.945
Sygebesøg fra påbegyndt 5	11.761	19.625	6.127	9.388	13.169	60.070
Sygebesøg fra påbegyndt 9	3.226	10.086	3.934	4.506	7.720	29.472
Sygebesøg fra påbegyndt 13	1.043	3.532	1.713	1.619	2.552	10.459
Sygebesøg fra påbegyndt 17	333	1.416	584	697	940	3.970
Sygebesøg fra påbegyndt 21	203	957	720	415	615	2.910
Sygebesøg på ruten	20.249	14.415	5.275	3.710	7.754	51.403
Afstandstakst 21 km	521	3.669	4.400	1.414	2.592	12.596
Total	202.596	203.794	57.864	93.592	159.476	717.322

Kilde: CSC Scandihealth

<sup>2</sup> I denne pulje indeholder kun de ydelser, som er aftalt i den centrale overenskomst og ikke lokalaftaler (§ 2) som vedr. opfølgende sygebesøg.

**Tabel 5: Offentlige udgifter i 2013, hvis forbrug svare til kommunernes bloktilskudsnøgle**

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	<b>Total</b>
Sygebesøgs- ydelse	34.912.941	25.048.436	11.458.088	16.485.731	24.330.201	<b>112.224.174</b>

Den geografiske spredning af sygebesøg svarer ikke til befolkningsstørrelsen i de forskellige regioner, hvis dette havde været tilfældet burde der være flere besøg i Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland, mens antallet ville være lavere i Syddanmark og Midtjylland. Spredningen synes påvirket af både afstandsproblemstillingen, men også at Københavnerlægerne ikke tager på så mange sygebesøg som deres kollegaer. I forhold til de midler, som kan decentraliseres er de faktiske udgifter i den enkelte region i det sidste kendte regnskabsår forud for decentraliseringen.

### **Sygebesøg 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. Det tages udgangspunkt i de honorarniveauer, der eksisterer i dag i den centrale overenskomst. Honorarniveauet ændres kun, hvis omfanget eller indholdet af sygebesøgene ændres som konsekvens af de lokale forhandlinger.

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<sup>3</sup> i overenskomsten, at det skal være let for patienter, pårørende og *samarbejdspartnere* at komme i kontakt med almen praksis. Den konkrete beskrivelse af lægernes forpligtelser skal fremadrettet ske i de enkelte praksisplaner, fx fastlæggelse af tidspunkter for kommunernes henvendelse på vegne af borgere.

### **Tilgængelighed til alment praktiserende læge**

Kommunernes kontakt til de mange læger er tidskrævende, idet plejepersonalet på lige fod med lægernes øvrige patienter skal henvende sig i den almindelige konsultationstid.

---

<sup>3</sup> 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.

En måde at håndtere den udfordring på er fx, at almen praksis planlægger akutte og subakutte tider, hvor det er muligt at prioritere opgaver i samarbejde med kommunen.

Ønsket om akutte og subakutte tider handler både om, at lægerne skal reservere tider til sygebesøg og tider til patientrelateret kommunikation med kommunale medarbejdere (telefonisk og elektronisk tilgængelighed). Det kan fx være ved, at læger i en flerlægepraksis skiftes til at have en sygebesøgs-dag, eller at der afsættes en time om eftermiddagen, hvor kommunale medarbejdere kan ringe til lægen uden at skulle sidde i telefonkø kl. 8-9.

En forbedret tilgængelighed vil formentlig reducere behovet for lægernes sygebesøg, da kontakten kan afklare, hvad som skal sker af opfølgning i forhold til den pågældende borger.

### **Kommunikation om sygebesøg**

Der er erfaring for, at præcision og klarhed i kommunernes kommunikation med de praktiserende læger styrker dialogen om den enkelte patient. Det handler bl.a. om, at plejepersonalet måler borgerens værdier (fx blodtryk og temperatur), og gør observationer om borgerens almene tilstand, før de kontakter den praktiserende læge om sygebesøg. Det bemærkes dog, at varetagelse af sådanne procedurer, observationer og undersøgelser skal delegeres fra en læge *inden for samme organisation som plejepersonalet*, f.eks. en praksiskonulent eller læge med anden form for ansættelsesforhold i kommunen, jf. reglerne om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

PLO har generelt givet udtryk for, at

- Patientproblemstillinger, som erkendes af hjemmeplejen, søges primært løst i hjemmeplejen. Det vil sige, at SOSU-hjælper/ -assistent kontakter hjemmesygeplejerske, før lægen kontaktes.
- Hjemmeplejen vurderer relevante parametre som BT, Puls, temperatur, vægt, ødemer, urinstix, før lægen kontaktes.
- Al kommunikation med lægen - telefonisk eller elektronisk - sker ved sygeplejerske.

### **Fast tilknyttede læger på plejehjem**

Socialstyrelsen har gennemført et pilotprojekt ”Fast tilknyttede læger på plejehjem”, hvor en række plejehjem tilknytter en fast læge til plejehjemmet. Den tilknyttede læge skal dels varetage opgaver, der knytter sig til de enkelte beboere, der vælger den pågældende læge til egen læge (jf. den almenmedicinske behandling af den enkelte beboer i henhold til overenskomsten – lægekonsultationer, behandling, tilsyn osv.), og dels deltage i rådgivning og faglig sparring med plejepersonalet på

plejehjemmene om generelle sundhedsfaglige problemstillinger, der vedrører flere eller alle beboere på i et fast antal timer om ugen (max 3 timer) i et fast aftalt tidsrum.

Hensigten med pilotprojektet er, at

- Reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelse og korttidsindlæggelser,
- Reducere kontakten til lægevagten,
- Forbedre medicin håndteringen,
- Forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale.

Konklusionerne fra pilotprojektet, der i 2014 er blevet evalueret af SFI, er bl.a.

- En reduktion i forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser for beboerne på de berørte plejehjem,
- Mindre kontakt til lægevagt og mere kontakt til egen læge,
- Reduktion i receptpligtigt medicinforbrug,
- Forbedret kommunikation og samarbejde mellem plejepersonale og de fast tilknyttede læger.
- Kapacitetsopbygning af plejecentrene gennem den faste kontakt med lægen. Medarbejdernes kan løfte flere opgaver som konsekvens af det kontinuerlige samarbejde med lægen.

Det bemærkes, at regeringen vil indføre en ordning, hvor patienterne får tilbud om en fast læge, der er tilknyttet bostedet eller plejecentret<sup>4</sup>. Omfanget af evt. midler til ordningen, herunder kommunernes evt. andel, kendes endnu ikke.

### **Sammenfatning**

- Sygebesøg bliver et væsentligt tema. Her skal sondres mellem de forskellige typer af sygebesøg, patientbehov, afstandsproblemstilling mv.
- Sygebesøge er generelt ulige fordelt i landet, hvilket formentlig skyldes både afstandsproblemstillingen, men også at Københavnerlægerne ikke tager på så mange sygebesøg som deres kollegaer.
- En mere smidig kontakt evt. i form af subakutte tider i almen praksis eller alternative telefontider kan bidrage til at få løst mange problemer, der kan føre til indlæggelse. En bedre kontakt kan medvirke til at reducere behovet for sygebesøg.
- Det må forventes at PLO i forbindelse med forhandlingerne om sygebesøg og en mere smidig kontakt vil stille krav til kommunerne om at fx SOSU-hjælper/ -assistent kontakter hjemmesygeplejerske, før

---

<sup>4</sup> Jo før – jo bedre, tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle, regeringen, 2014.

lægen kontaktes samt at hjemmeplejen vurderer relevante parametre som BT, Puls, temperatur, vægt, ødemer, urinstix, før lægen kontaktes.

- Fast tilknyttede læger er en fornuftig ordning, der vil kunne løse mange problemstillinger på plejehjemmene. Store plejecentre kan have over hundrede enkelte læger at pleje kontakt med i forhold til de bosiddende borgere.