

Sårbare patienter i almen praksis - betydning for arbejdet i almen praksis og udenlandske erfaringer med modeller for honorering

Udredning for

Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis

Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Marts 2008

Peter Vedsted & Lise Dyhr

Resumé:

Fagligt Udvalg ønsker at se nærmere på incitamenter for praktiserende læger til at arbejde med sårbare patienter. I honoreringen tages der ikke hensyn til, at patienter er meget forskellige i forhold til den indsats og tid lægen skal bruge i patientkontakten samt det afledte arbejde. Da sårbare patienter er helbredsmæssigt og socialt belastede kan det betyde, at det er sværere at rekruttere og fastholde læger i områder med sårbare patienter.

Der er grund til at se på de sårbare patienter i almen praksis og hvor meget de fylder. Dels for at sikre tilstrækkelig lægefaglig og sundhedsmæssig indsats over for gruppen med deraf følgende omkostningseffektiv indsats. Dels for at sikre, at alment praktiserende læger i højere grad ønsker at nedsætte sig i områder med mange sårbare patienter.

Internationalt er der erfaringer med at differentiere basishonoraret baseret på graden af sociodemografi, men vi har ikke umiddelbart kunnet finde specifikke undersøgelser af effekten.

Der bør laves en systematisk undersøgelse af, hvor forskellige praksispopulationerne faktisk er i almen praksis. Den skal danne basis for at kunne estimere en effekt af at fordele midler baseret på sociodemografiske faktorer. Den kan relativt nemt baseres på et udtræk fra Danmarks Statistik kombineret med visitationsregisteret (patientlisten). Man kan i den forbindelse se nærmere på de etablerede indeks for at klassificere praksispopulationen.

Endvidere forestår der at fokusere på sammenhængen mellem et evt. indeks for sårbare patienter i en praksispopulation og kvalitetsudvikling. Det kan tænkes at opnåelsen af visse kvalitetsmål er sværere hos disse patienter.

Der skal ses på honorar for tolkebistand samt incitamenter til tværfagligt og –sektorielt samarbejde for disse patientgrupper (revideret socialmedicinsk samarbejde).

Baggrund

På Fagligt Udvalgs møde 6. december 2007 blev det bestemt at se nærmere på incitamenter for praktiserende læger til at arbejde med sårbare (skrøbelige/tunge) patienter. Fagligt Udvalg ønskede at få en status for, hvordan det ser ud i andre lande. I første omgang udelukkende en analyse, der kan danne grundlag for overenskomstens parter.

Honoreringen i almen praksis sikrer passende incitamenter til dels at oprette og drive praksis, dels at sikre en relevant aktivitet i praksis. Dog tages der ikke hensyn til, at patienter er forskellige i forhold til den indsats og tid lægen skal bruge i patientkontakten samt det afledte arbejde hermed. Man kan kort sagt sige, at det i forhold til indtjeningen bedst kan betale sig at have ydelser hos patienter med ukomplicerede lidelser, som udviser en høj grad af vilje og kompetence til egenomsorg (ukomplicerede/lette patienter).

Da de sårbare patienter (se herunder) er helbredsmæssigt og socialt belastede kan det betyde, at man ikke kan rekruttere og fastholde læger i områder, hvor der er en øget repræsentation af denne patientgruppe.

Tidligere i Udvalget om dette emne

Fagligt Udvalg har ved tidligere møder drøftet emnet. På mødet 21. marts 2007 blev sårbare patienter og LOK diskuteret på baggrund af en rapport fra Lise Dyhr og Thorkil Thorsen om forløbsydelsen i forhold til sårbare grupper. I forhold til diabetesomsorgen synes der at være god grund til, at man overfor gruppen af sårbare personer yder en forstærket indsats. Samtidig er forekomsten af mange kroniske sygdomme højere blandt dårligt stillede og udsatte grupper.

Udvalget fandt på den baggrund, at det især var en forpligtigelse, som kommunerne havde med fx målrettede tilbud til sårbare grupper, samarbejdsmodeller med almen praksis med tilbud, som den praktiserende læge kan henvise til samt et kommunalt tilbud om en forløbskoordinator for den enkelte sårbare person. Man fandt at det kunne suppleres med muligheden for, at LOK giver lægen bedre betingelser for at deltage i det nødvendige tværfaglige arbejde. Man kan benytte den socialmedicinske samarbejdsaftale, men med en omformulering, så den kan omfatte alt tværfagligt samarbejde (Udvalget ønskede et udkast til en sådan ydelse til en diskussion samt at se på ydelsen vedrørende tolkebistand mht. beskrivelsen og honoreringen).

Denne udredning har således som formål at:

- løfte disse tidligere punkter videre i udvalgets arbejde,
- redegøre for den overordnede problemstilling i forhold til sårbare patienter, når det gælder det kliniske arbejde, arbejdsmængden samt den tværfaglige indsats samt
- skitsere erfaringer fra udlandet med incitamenter og udligning i forhold til lægernes indsats over for sårbare patienter.

Sårbare patienter

I denne analyse ser vi på grupper af patienter i almen praksis, som i daglig tale kaldes "skrøbelige", "sårbare", "resourcesvage", "(socialt) udsatte" patienter. Altså patienter, der ikke har helbredsmæssige, sociale, psykiske, økonomiske, uddannelsesmæssige og/eller kognitive resurser og/eller kompetencer til at handle i forhold til eget helbred. Gruppen

kan også indbefatte patienter med indvandrerbaggrund som ikke har tilstrækkelig erfaring med det danske sundhedssystem og eller ikke mestrer det danske sprog. Sundhedsstyrelsen definerer denne gruppe som: "patienter som på grund af personlige, sociale eller etniske forhold ikke skønnes i stand til at gennemføre og fastholde behandling og relevante adfærdsændringer" og nævner at "resurser svage og personer med lavt uddannelsesniveau har markant øget sygelighed, forværret sygdomsforløb osv." (s. 12, Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom: Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode patientforløb. København: Sundhedsstyrelsen, 2005).

Vi kan derfor se på, hvilke faktorer, der i en praksispopulation kunne indikere, at en patient er sårbar i forhold til en indsats i almen praksis:

- Lav indkomst
- Erstatningsindkomst
- Lav eller ingen uddannelse (analfabetisme, kort skolegang osv.)
- Indvandrerbaggrund/ethnicitet (statsborgerskab/forældres statsborgerskab)
- Manglende eller helbredsbelastende erhverv
- Sygelighed og lavt selv vurderet helbred (herunder psykiske sygdomme og misbrug)

Desuden arbejdes der i mange sammenhænge med en gruppe af "socialt udsatte" som udgør en gruppe på ca. 100.000 personer bestående af stofmisbrugere, personer med et omfattende alkoholmisbrug, hjemløse, svært sindslidende og prostituerede.

Forekomst i almen praksis

Det er vanskeligt at lave præcise opgørelser over, hvor ofte man finder "sårbare" patienter i almen praksis, idet det er et relativt og svagt defineret begreb. Der mangler undersøgelser af, hvor forskellige praksis er med hensyn til fx fordelingen af patienter, som er karakteriseret af faktorer, som kan indikere en sårbarhed. Der eksisterer data på kommuneniveau. Fx ses i figur 1 variationen i antallet af borgere mellem 18 og 59 år, som var modtagere af indkomsterstøttede ydelser i mindst 1/2 år (arbejdsledigheds- og sygedagpenge, kontanthjælp, revalidering, kommunal og AF-aktivering, samt ledighedsydelse). Der ses samlet en 3,3-folds variation mellem kommunerne, hvilket også gælder for sygedagpenge alene. Figur 2 viser andelen af ikke-vestlige indvandrere mellem 18 og 59 år. Der ses en variation på op mod en faktor 10 med nogle kommuner med meget få og en række kommuner i Storkøbenhavn med en meget stor andel (hvoraf nogle nu har lægemangel).

Udfordringen i forhold til almen praksis

Det falder uden for denne udrednings formål at redegøre for socioøkonomiske faktorer betydning for forekomsten af risikofaktorer, sundhedsadfærd, sygelighed og compliance til behandling, opfølgning og rehabilitering. Det skal blot konstateres, at fx rygning forekommer hos 31% af personer med en uddannelse på under 10 år og hos 9% af personer med en uddannelse på 15 år og derover og, at mange befolkningsundersøgelser dokumenterer dette forhold for andre socioøkonomiske faktorer og risikofaktorer (kost, motion, alkohol). Det vides også, at en hensigtsmæssig sundhedsadfærd er associeret med godt funktionelt netværk og, at forbedringen af middellevetiden er socialt ulige fordelt (lavest fald blandt lavtuddannede kvinder). Endvidere vides at fx personer med indvandrerbag-

grund har en 4-6 gange højere forekomst af type 2 diabetes og at der pga. sproglige og sociokulturelle barrierer er særlige udfordringer ved behandling og forebyggelse.

Samlet gælder, at sårbare patienter har flere risikofaktorer for sygdom end andre, at de ikke i samme grad som andre patienter modtager tilbud om forebyggelse og behandling og at denne ofte er mindre optimal og effektiv sammenlignet med andre patienter. I en artikel i Ugeskrift for Læger udtrykkes det således: Sundhedsvæsnets tilbud har haft tendens til bedst at matche middelklassen.

I den daglige kliniske praksis opleves sårbare patienter bl.a. ved, at de i højere grad udebliver fra konsultationer, har flere samtidige kroniske sygdomme, begrænsede dansk- og læsekundskaber, er belastede af fx arbejdsløshed, traumatiske oplevelser, familiære problemstillinger, begrænsede opbakning fra familie og nærmeste omgangskreds og dermed manglende muligheder for at etablere et grundlag for egenomsorg. Det synes sandsynligt at disse forhold kan give længerevarende konsultationer, især i forhold til den forebyggende indsats faldende effektivitet i praksisdrift etc.

Sammenfattende kan man opsummere nogle af udfordringerne ved sårbare patienter i almen praksis:

- En patientgruppe med flere risikofaktorer og højere sygelighed og dermed et større behov for forebyggelsesindsats og behandling samt opfølgning.
- Patienter med færre resurser og kompetencer til egenomsorg, hvilket kan betyde, at der er større behov for bl.a. lægens indsats

I forhold til effektiviteten og indtjeningen i almen praksis er det derfor sandsynligt, at praksis med en større andel af sårbare patienter har en lavere indtjening og/eller en længere arbejdstid end en læge med en lavere andel af sårbare patienter. Det vil dels opfattes urimeligt og afholde læger fra at nedsætte sig i praksis med en større gruppe sårbare patienter. Samtidig kan det føre til øget social ulighed i sundhed og en dårligere sundhedstilstand hos denne gruppe i den danske befolkning.

Det er derfor naturligt at overveje om man i udlandet har erfaringer med at søge at udligne disse forskelle mellem praksis i form af forskellige strukturelle og finansielle tiltag.

Udenlandske erfaringer

I forbindelse med et tidligere arbejde har Lise Dyhr og Tina Eriksson søgt at indhente oplysninger fra andre lande, der kunne belyse særlige honoreringsordninger i relation til sårbare patienter. Henvendelsen blev sendt til de faglige organisationer og selskaber i Holland, Belgien, Tyskland, Norge, Sverige og England. Der er dog ikke kommet svar retur. Derfor bygger denne gennemgang primært på litteratur og beretninger fra området.

Sverige

I Nordvästra del af Skåne har man valgt at klassificere patientgrundlaget for de enkelte lægestationer ud fra et såkaldt socialt indeks. Det omfatter alder, antallet af sygemeldte, antallet af patienter med indvandrerbaggrund og fordelingen af lavindkomst. Efter dette indeks får de enkelte distriktslægestationer tildelt økonomiske midler, som man kan anvende efter eget valg (fx til ansættelse af ekstra sygeplejerske, læge, mv.). Udover økono-

misk kompensation til distriktslægestationer har man etableret psykosociale kompetenceenheder på distriktslægestationerne. Det består af tilbud til patienterne om korterevarende kognitiv terapi udført af særligt uddannede terapeuter. Derudover er der som alle andre steder tilknyttet fx fysioterapeuter, diætister, arbejds terapeuter m.m., som lægerne frit kan henvise til (personlig meddelelse fra Primærvårdchef Bjarne Jensen, Helsingborg).

England

I begyndelsen af firserne begyndte man i England at fokusere på, at der var forfordelte områder, hvor sygeligheden var højere og praktiserende læger havde et større arbejde med patienterne. Man ønskede at give et incitament til at lægerne ville arbejde i disse områder med et mindre antal patienter uden tab af indtægt. Siden 1990 har lægerne modtaget et forhøjet basishonorar afhængigt af en "underprivileged area" (UPA) score også kendt som Jarman-Index. Scoren baseres på otte socioøkonomiske variable, som alment praktiserende læger angav som indikatorer for øget arbejde med patienterne (eneboende pensionister, antal børn under 5 år, antal børn hos enlige forældre, antal jobs besat af ufaglærte, antal arbejdsløse, antal husholdninger med mere én eller flere for mange end der er plads til i beboelsen, antal indvandrere, antal ikke-hvide indbyggere). De socioøkonomiske variable bliver indhentet i forbindelse med englændernes folketællinger. I starten benyttede man en UPA-score for valgkredse og siden 1998 mindre områder.

I 1999 blev der fx afsat 70 mio. £ til fordeling i forhold til UPA (omregnet til danske forhold svarer det ca. 70 mio. kroner) fordelt efter en fordelingsnøgle (UPA score <20: £0.00, 20 to <30: £9.50, 30 to <40: £14.25, 40 to <50: £21.38, 50+: £32.06 i forhøjet basishonorar per patient).

For at kunne få dette honorar skulle praksis endvidere forpligte sig til at foretage særlig børneprofylakse eller sikre tilsvarende service, tilbyde svangerskabsforebyggelse og særlig svangreomsorg, sikre screening for livmoderhalskræft og børnevaccination, tilbyde sygdomsforebyggende tiltag efter en fastsat procedure, tilbyde kronikerindsats (især astma og diabetes) samt deltage i efteruddannelse.

Ulempen for englænderne er, at praksis ikke har en fast patientliste så de ved ikke præcis, hvilke patienter lægen rent faktisk skal tage sig af i området. Samtidig har de ikke registre, der kan sikre en simpel beregning af UPA-score, men er afhængige af folketællinger.

Det har ikke umiddelbart været muligt at finde litteratur, der har undersøgt effekten af at benytte et differentieret basishonorar i England.

Holland

Det har ikke umiddelbart været muligt at skaffe engelsksproget litteratur omkring den hollandske ordning, men baseret på DAK-Es studietur til Holland (dec. 2007) er der praksis i Holland, hvor man differentierer basishonoraret (praksis i Holland er mindre homogene mht. honorering end de danske grundet private sygeforsikringer).

Basishonoraret er gradueret efter tre alderskategorier på baggrund af, at ældre kræver en større lægefaglig indsats samt på to sociale kategorier. Som i England baseres det på et område. Derudover har man i visse regioner (oplysninger fra Lise Dyhrs studietur i 2005)

defineret geografisk afgrænsede områder (ved postnumre) til at være socialt belastede. Det sker på baggrund af kriterier fastlagt af sociale myndigheder. Regionerne har i samarbejde med Hollands "P.L.O." dannet en pulje til kvalitetsudviklende tiltag i disse afgrænsede områder. Læger som praktiserer i disse områder har fra disse puljer mulighed for at søge om midler til kvalitetsfremmende projekter.

Forudsætninger for differentieret honorar

I Danmark findes væsentlige forudsætninger for at kunne beregne en dansk "UPA-score". Danmark har et listesystem med unik identifikation af den enkelte boger, som allerede danner grundlag for basishonorering og en udvidelse af dette vil kunne foregå relativt simpelt baseret på allerede registrerede oplysninger. Det er reelt det samme princip, der benyttes i forbindelse med udligningen mellem fx kommuner.

Det betyder, at man løbende og ganske præcist vil kunne se på en praksis tilmeldte borgere mht. sociale forhold, demografi, sygelighed etc. Principielt per tilmeldt, der opfylder særlige kriterier.

Hvis man i Danmark skal indføre en ordning med at differentiere honoraret for antallet af sårbare patienter er der forhold man bør have afklaret inden. Det er:

1. Hvordan "måler" man graden af eller andelen af "sårbare patienter" i almen praksis? Hvad finder danske alment praktiserende læger er gode indikatorer for arbejdet med sårbare patienter og hvad findes af udenlandske erfaringer.
2. Hvilken honorering skal man benytte sig af (øget basishonorar, faste bevillinger, øget ydelseshonorar, ændrede ydelser for socialmedicinsk samarbejde eller en tillægsydelse), hvordan udløses en honorering og hvordan gradueres den i forhold til andelen af sårbare patienter i praksis?
3. Hvor detaljeret skal en evt. differentieret honorering beregnes og skal den gælde et område eller for praksispopulationen tilmeldt yder?
4. Hvordan sikrer man, at en evt. honorering giver den ønskede effekt og skal der laves puljer til kvalitetsudviklende initiativer?
5. Skal man sætte yderligere ind med andre strukturelle ændringer i form af fx inddragelse af særlige faggrupper (psykologer, diætister, socialrådgivere med tæt tilknytning til praksis) og kommunale tilbud.
6. Skal der laves særlige uddannelses tilbud til læger og klinikpersonale i praksis med mange sårbare patienter.

Konklusion

Der er god grund til at se på de sårbare patienter i almen praksis og hvor meget de fylder. Dels for at sikre tilstrækkelig lægefaglig og sundhedsmæssig indsats over for gruppen med deraf følgende omkostningseffektiv indsats. Dels for at sikre, at alment praktiserende læger i højere grad ønsker at nedsætte sig i områder med mange sårbare patienter.

Internationalt er der erfaringer med at differentiere basishonoraret baseret på graden af sociodemografi, men vi har ikke umiddelbart kunnet finde specifikke undersøgelser af effekten.

Der bør laves en systematisk undersøgelse af, hvor forskellige praksispopulationerne faktisk er i almen praksis. Den skal danne basis for at kunne estimere en effekt af at fordele midler baseret på sociodemografiske faktorer. Den kan relativt nemt baseres på et udtræk fra Danmarks Statistik kombineret med visitationsregisteret (patientlisten).

Man bør se nærmere på de etablerede indeks for at klassificere praksispopulationen ved samme lejlighed (Jarman, Townsend Index, Carstairs index, Index of Multiple Deprivation).

Endvidere forestår der at fokusere på sammenhængen mellem et evt. indeks for sårbare patienter i en praksispopulation og kvalitetsudvikling. Det kan tænkes at opnåelsen af visse kvalitetsmål er sværere hos disse patienter (se tidligere rapport ved Dyhr og Thorsen).

Der skal ses på honorar for tolkebistand samt incitament til tværfagligt og –sektorielt samarbejde for disse patientgrupper (revideret socialmedicinsk samarbejde). Vurdering af tolkehonoraret skal ses i forhold til, at det fra 2011 gælder, at personer, der har opholdt sig i Danmark mere end 7 år selv skal betale tolkehonorar (Sundhedsloven). Da gruppen af sårbare indvandrerpatienter bl.a. tilhører denne kategori, vil dette forhold angiveligt også belaste lægerne med denne patientkategori

Vigtigste kilder

Dyhr L, Thorsen T. Rapport til Fagligt Udvalg om sårbare patienter og forløbsydelsen. 2007.

Dyhr L, Vibe Petersen. Indvandrere og type 2 diabetes – Forekomst behandling og forebyggelse set i et kønsperspektiv. Ugeskr Læger 2007;169:25.

Simonsen MK, Christensen AI, Hesse U, et al. Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed. Rådet for Socialt Udsatte, 2007.

Holm AL, Andersen AF, Avlund K, et al. Type2-diabetes. Sociale relationer og sundhedsadfærd. Ugeskr Læger 2008;170:153-7.

www.si-folkesundhed.dk/susy

Brønnum-Hansen H. Sociale forskelle i udviklingen af danskernes dødelighed. Ugeskr Læger 2008;168:2066-8.

Stevnhøj A L. Patienter bør ses med sociale briller. Ugeskr Læger 2003; 165: 4088-91.



