

Sårbare patienter i almen praksis II - Støtte til praksis i indsatsen for sårbare patienter og modeller for differenteret honorering

Anden udredning for
Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis
Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
Maj 2008

Peter Vedsted & Lise Dyhr

Resumé:

Dette notat er andet notat til Fagligt Udvalg i forbindelse med indsatsen over for sårbare patienter i almen praksis, honorering af alment praktiserende læger for denne indsats og fastholdelse og rekruttering af læger samt støtte til samarbejdet omkring sårbare patienter.

Den første del af notatet indkredser nogle af de udfordringer almen praksis møder i arbejdet med sårbare patienter. Fremstillingen anvender udsagn fra praktiserende læger indsamlet i diverse forsknings- og kvalitetsudviklingsøjemed til at anskueliggøre udfordringernes komplekse og mangeartede natur. Det konkluderes, at læger som arbejder med sårbare patienter kan opleve såvel faglige frustrationer som magtesløshed, der i sin konsekvens kan påvirke lægens selvfølelse (medføre kriser, stress og udbrændthed). Derudover synes det sandsynligt, at læger og personale anvender relativt megen tid på at sikre sårbare patienter et tilfredsstillende fagligt resultat, og at det samlede sundhedsvæsens indsats ikke er optimalt.

På denne baggrund opstilles følgende tre udfordringer i almen praksis: 1) at sikre faglig optimal behandling af sårbare patienter, 2) forbedre arbejdsvilkårene for praktiserende læger, som arbejder med sårbare patienter, 3) sikre rekruttering af praktiserende læger til områder med høj andel af sårbare patienter. Denne del af notatet afsluttes med forslag (s. 6) til håndtering af de tre nævnte udfordringer.

Den sidste del af notatet gennemgår de praktiske muligheder for at indsamle variable til at angive andelen af sårbare patienter. En simpel analyse af nogle få variable i Danmarks Statistik viser, at der reelt ser ud til at være stor variation mellem praksis.

På baggrund af disse variables kompleksitet inddeles de i simple og mere komplekse. Der er en række variable, som relativt simpelt kan indsamles via Danmarks Statistik. Dernæst er der andre som kræver en smule metodeudvikling (fx morbiditetsindeks), men som umiddelbart kan implementeres, når dette er testet. Endvidere er der mulighed for at udvikle mere sammensatte variable.

Det er muligt med baggrund i den allerede eksisterende ordning med patientlister at oprette automatiserede beregninger af differentieret basishonorar eller anden økonomisk indsats.

Der bør dog gennemføres pilotforsøg med dette inden en evt. udrulning. Det er på de nuværende data ikke muligt at afgøre, hvordan midler og honorarer vil skulle fordeles efter et givet indeks. Det må der testdata til for præcist at kunne udtale sig om.

Baggrund

På Fagligt Udvalgs møde 14. marts 2008 blev første notat (se dette) om sårbare patienter fremlagt. Man har i udvalget gennem nogen tid set på forholdene for praktiserende læger i arbejdet med sårbare patienter og herunder fastholdelse og rekruttering af læger til områder med flere sårbare.

Notatet understregede, at der var store geografiske forskelle i socio-demografiske og økonomiske forhold og dermed sårbare patienter, at der var områder i Danmark, hvor dette var særligt fremtrædende, at sårbare patienter i høj grad havde en øget sygelighed og dødelighed, var en klinisk udfordring og krævede en større indsats i forhold til at opnå relevante mål (forebyggelsesindsats, behandling samt opfølgning) og, at almen praksis havde behov for et tværfagligt samarbejde om sårbare patienter (revideret socialmedicinsk samarbejde). Notatet præsenterede også internationale erfaringer med at differentiere basishonoraret baseret på socio-demografi.

Der var i udvalget enighed om, at sårbare patienter udgør en særlig udfordring i almen praksis og sagen skulle yderligere belyses ift. to overordnede områder:

1. Hvilke udfordringer er det specielt den almen praktiserende læge har i forbindelse med indsatsen overfor sårbare patientgrupper og hvordan vil man kunne støtte almen praksis organisatorisk og strukturelt?
2. Hvordan vil man kunne beregne en differentieret honorering af almen praksis i forhold til andelen og typerne af sårbare patienter, der findes i de enkelte praksis baseret på allerede indsamlede oplysninger om patientgrundlaget.

Denne udredning er opbygget i to dele jf. ovenstående punkter. Den første del er primært udført af Lise Dyhr. Den anden del er en beskrivelse af, på hvilke variable man vil kunne beregne en differentieret honorering af eller tilskud til almen praksis i forhold til antallet af sårbare patienter.

1. Udfordringer for almen praksis i arbejdet med sårbare patienter

Praktiserende lægers kerneydelse er at håndtere helbredsmaessige problemstillinger på et fagligt optimalt grundlag i samarbejde med patienten, uanset dennes baggrund og forhold i øvrigt. Lægens ansvar er at sikre fagligheden (korrekt diagnose, behandling og kontrol). Samarbejdet med patienten skal sikre, at denne forstår og kan anvende de givne råd.

"B. er en såkaldt compliant patient. Han følger vores råd og gør, hvad vi beder ham om. Men heller ikke andet – sådan umiddelbart. Han er ikke vant til at læse for at skaffe sig information. IT er ikke hans redskab. B. har mere tillid til, hvad lægen siger, end hvad han læser eller hører fra andre. Når han bliver bedt om at tage blodsukkerprofiler, hvilket er en væsentlig forudsætning for at regulere sin egen sygdom, tager han dem på de tidspunkter, vi har krydset ind i skemaet på forhånd. Han har bidt mærke i informationen om at spise ved føling. B. har ikke sat det i sammenhæng med, at det også kunne være godt at måle blodsukkeret på dette tidspunkt (lægen havde ikke sagt det). Men det lærer han – efterhånden. Han fortæller og spørger i det hele taget ikke så meget selv. Han forventer at lægen eller sygeplejersken tager initiativet, da de ved bedst. Fx afklares det, at nogle af de umiddelbart uforståelige ændringer i morgenfastebloodsukre hænger sammen med, at B. tager sig en lang cykeltur før sengetid, de dage han måler meget højt blodsukker. Han har ikke fortalt det, førend vi spørger til, hvad han lavede de specifikke dage. Vi er ikke sikre på B.'s dansk-kundskaber (relativt sparsomt ordforråd). Vi er derfor nødt til at se ham for at sikre den rette forståelse/få fornemmelsen af egen faglig tryghed, også når han informeres om væsentlige medicinændringer. Evt. med tolk og eller børn, som ønsker medansvar for behandlingen. Ved længere samtale med hans ene søn får vi således afklaret, at han (sønnen) har dramatiseret nogle af de beskrevne følingstilstande. B. har ikke tidligere lært at "skulle tage ansvar for egen sygdom". Men han vil det – og kan godt lære det. Det tager bare tid"

(1)

Kontaktens udgangspunkt er ofte, at patienten henvender sig til lægen. Derudover forventes det, at den praktiserende læge ved behandling af kroniske sygdomme og sygdomsforebyggelse indtager en såkaldt proaktiv rolle i forhold til den enkelte patient. Dvs. at såfremt patienten med kronisk sygdom

ikke selv tager initiativ til kontakt og eller følger anbefalede behandling - skal lægen forsøge at etablere denne. Fx ved at indkalde patienter med kronisk sygdom, som ikke følger den iværksatte behandling og udebliver til aftalt tid; ikke fornyer recepter osv.; men også ved uopfordret at påpege forhold i fx levevis, som kan forringe prognosen (som fx rygning, inaktivitet, kost osv.). Det forventes endvidere, at patienten selv spiller en aktiv rolle for at undgå helbredsforringelser, dvs. udviser egenomsorg (2).

"H. er 50 år. Forhøjet blodtryk. BMI 32. Socialt: Født og opvokset i DK. Afsluttet folkeskole. Diverse ufaglærte jobs. Sidste mange år rengøring i form af to job, da konen ikke kan arbejde, Beskriver sig selv, som én, der kan "lide at nyde livet" (alkoholmisbrug?), men også "voksen nok til at beslutte, hvad der er godt for eget liv". Har tidligere følt sig rask. H. har haft få og uregelmæssige kontakter til almen praksis i forbindelse med blodtrykskontrol og regulation. Hans type 2 diabetes bliver opdaget i 2004 til en forebyggelseskonsultation på eget initiativ: "Jeg fylder rundt (50 år) og bliver rundere (trykker sig på maven)". H. har i starten regelmæssige kontakter, læser informationsmateriale, melder sig ind diabetesforeningen, søger information på Internettet. Taber sig markant i starten pga. kostændring ("ikke leverpostej og en basse til morgenmad, som ellers var dejligt efter at have arbejdet om natten"), men tager stille og roligt på igen. Blodtrykket er ikke velreguleret, kolesterol er for højt og HbA1c viser stigende tendens. Der har været rigtig mange konsultationer, hvor egen indsats og muligheder herfor er drøftet. H. har ofte andre dagsordener end læge eller sygeplejerske, som til sidst foreslår supplerende medicin. H. er ikke umiddelbart interesseret i medicinering. Han vil hellere diskutere evt. medicinbivirkninger og generelle betragtninger om, hvorvidt "det er sundt at tage medicin". Har fulgt de anbefalede kontroller, men er nu begyndt "at slække på den". På opfordring af sygeplejerske er det nu besluttet at overlade initiativet til H. da praksis ikke har flere redskaber til at øge hans motivation velvidende at H's sukkersyge ikke er optimalt behandlet"

(1)

Det er velkendt at sociale, psykiske, økonomiske, uddannelsesmæssige, kognitive faktorer, kan påvirke de resurser og kompetencer den enkelte patient har ift. til at handle i forhold til eget helbred. Det være sig at tage kontakt til sundhedsvæsenet og eller at udvise evnen til egenomsorg (2). Forskellige tiltag kan forbedre den sårbare patients muligheder for at handle. Fx social bistand, tildeling af hjælpemidler, psykologbistand m.m. Tiltag der som oftest skal iværksættes og implementeres af andre instanser end almen praksis. Derudover kan der være tilbud af mere generel karakter tilpasset målgruppen, såsom undervisningstilbud, adgang til motionsfaciliteter, osv. (2, 3). Men ikke alle kan umiddelbart profitere:

"Rigtigt svær pt., som i ung alder har type-2 DM. I familien er der overvægt. Familiens ressourcer til at indgå i radikale livsstilsændringer er få. Han er et godt ex på, at det også er rigtigt svært at have sådan en sygdom, fordi hans dagligdag er travl med små børn, nogle er ikke hans egne, han skal tjene penge, finde ud af at være i landet, og leve livet. Så den måde han håndterer sin type 2 diabetes er at gå til læge hver 3. måned. Han har også været på diabetesskole. Han har ikke mere plads på RAM'en. Ikke plads til egenomsorg. Ikke på den måde, som jeg synes det skulle være. Men det kan godt være, han selv synes det. Han fortæller fx til mig, at han ikke kan holde op med at ryge, fordi så bliver han så irriteret, så hans familie ikke kan holde det ud. Også hustru og den ældste datter har fået mange livsstilsændrende konsultationer uden virkning. På sigt en familie, der løber stor risiko for alvorlig sygdom. Kulturkløften i livsstilsændringen er meget stor, og datter har ikke formået at være brobygger. Hun er selv dårlig til medicin-compliance og livsstilsændringer på trods af gymnasieuddannelse"

(1)

For patienter med indvandrerbaggrund kan en evt. manglende erfaring og viden om sundhedsvæsenet, hvad angår dets indretning og tilbud, herunder hvad der forventes af patienten, betyde at denne gruppe ikke får faglig optimal behandling (4, s. 79). Fremmedsprogethed udfordrer i sagens natur også en relevant samtale mellem patient og behandler. Tilstedeværelsen af indvandrerbaggrund og psykosocial belastning kan derfor være særligt udfordrende for den praktiserende læge.

"P. er fulgt jævnlige i praksis, da hun og familie ikke har været i stand til at yde "egenomsorg". Kontakterne er afhængige af, om familien kan hente og bringe P., så derfor lejlighedsvis afbrudt, men hyppige, da hun efter eget udsagn profiterer heraf/synes det er rart at komme i praksis. De forebyggende konsultationer har været præget af fokus på den sociale situation og smerteproblematik på initiativ af P. og især datter 1. Medicinjustering og forebyggelsesaktiviteter kompliceres af den sociale situation, herunder P.s behov for sygerolle, som medfører hyppige kontakter til et "ikke samarbejdende" sundhedsvæsen (her refereres til "utilsigtede hændelser" hvor henvisningerne er blevet glemt, hjemmeplejen ikke fået besked, uoverensstemmelse i medicinordinationer mellem ambulatoriet og almen praksis). Almen praksis prøver at leve op til sin rolle som gatekeeper, tovholder, og her vel egentlig også case manager. Men det koster mange ressourcer og trækker tænder ud. Alt imens stiger P.'s BMI og HbA1c. Der har været direkte kontakter med søn 1 og 2 og datter 1 samt ægtefælle mht. afklaring af deres rolle og ansvar. Endvidere socialmedicinsk møde i forvaltningen. Der blev afsluttet adskillige "strukturelle" barrierer, som forvaltningen ikke mente sig i stand til at overkomme"

(1)

Der kan iværksættes relevante tiltag overfor mange af faktorerne (barrierer for egenomsorg). Fx er der etableret aftaler omkring brug af tolk, ligesom kommunerne har mulighed for at yde social bistand og hjælpemidler til borgerne og for at levere mere generelle sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne. Endelig er der forskellige uddannelses tilbud til de praktiserende læger mht. at håndtere komplicerede patientmøder på en såvel faglig som følelsesmæssig tilfredsstillende måde. Men som ovenstående citater afspejler, kan ikke alle disse barrierer overvindes i praksis. Det synes derfor relevant at iværksætte en særlig målrettet indsats for at sikre patientbehandling *samtidig* med at lægerne og personalet sikres arbejdsvilkår på linje med praksis, som ikke har patienter tilhørende kategorien sårbare patienter. En "lige" behandling kræver således en "ulige" indsats af lægerne alt efter de enkelte patienters behov. At identificere patienternes behov, herunder de sociale og sætte dem ind i medicinsk handleramme er en almenmedicinsk kerneydelse, hvor lægen i sin uddannelse lærer at anvende den patientcentrerede metode og den "bio-psyko-sociale" model.

Hvad anser lægerne for belastende i arbejdet med sårbare patienter?

Det er beskrevet fra såvel Danmark som udlandet, at praktiserende læger som arbejder med sårbare patienter oplever en belastning i mødet, som kan deles op i to typer: en faglig frustration og magtesløshed samt oplevelsen af et ekstra tidsforbrug.

- den faglige frustration og magtesløsheden

Linden West beretter i *"Doctors on the edge, General Practitioners, Health and learning in the Inner-City"* (Free Association Books, London, 2001), om studie, hvor han har fulgt og superviseret 25 praktiserende læger, som arbejdede i en del af London, der karakteriseres *"multicultural and social deprived area"*. Han beskriver, hvorledes disse patientmøder griber voldsomt ind i lægernes faglige arbejde og selvfølelse i form af kriser, stress, udbrændthed osv.

Samme følelser afspejles ved interview og kontakt med praktiserende læger fra Københavns Kommune, i en rapport fra et projekt, som havde til formål at yde faglig bistand til praktiserende læger i mødet med indvandrerpatienter. Følgende oplevelse fortalt af en af deltagende læger kan illustrere såvel den faglige frustration, magtesløsheden, som udfordringens komplekse natur (5):

"Mahin, 49 år, kom fra Pakistan i begyndelsen af 80'erne, gift med hyrevognschauffør. Har 5 børn. Hun har overvejende været hjemmegående, men i perioder ansat på fabrik og i køkken. Har i forbindelse med aktivering været på danskkurser, men har ikke lært at tale dansk. Hun har haft mig som læge i mange år og har stor tillid til min faglighed, at jeg er den der skal hjælpe hende. Hun har igennem mange år haft ryg-gener, nakkesmerter og kronisk hovedpine. Har i 1993 været hos psykiater, som skriver: "... hun er helt fikseret i sin sygdom, in casu smerteklagerne. Psykiatrisk kan jeg ikke hjælpe hende, men jeg vil foreslå henvisning til neurolog, idet symptomer kunne tyde på supra-orbital neuralgi (smerter begrundet i irritation af nerve)". Mahin har siden været hos neurolog og øjenlæge, hvor man ikke har kunnet hjælpe hende. Hun har i perioder været behandlet med migrænemedicin uden effekt. I 2000 henviste jeg hende til smerteklinik og hovedpineklínik, der er lang ven-

tetid. Så henvender hun sig med træthed. Det viser sig at hun har hepatitis C (leverbetændelse) og lettere forhøjede levertal. Jeg henviser hende til sygehus, som efter et stykke tid finder ud af, at der ikke er indikation for behandling. Mahin bliver tiltagende ængstelig deprimeret og grædende, hvorfor der opstartes antidepressiv behandling. Pga. struma (forstørret skjoldbruskkirtel) og synkebesvær henvises hun til hospital og behandles med radioaktiv jod med beskedent effekt på synkebesværet. Lægevagten får henvist hende til et daghospital. Udskrivningskortet derfra fortæller at alle laboratorieprøver er normale. Man anbefaler derudover henvisning til psykiater. Der er lang ventetid til behandling hos psykiatere og mine forventninger er ikke alt for store. Det er sjældent, at der kommer noget konstruktivt ud af det. Mahin har ikke været til undersøgelse på smerteklinikken endnu. Hovedpineklinikken fandt at Mahin var uden for deres målgruppe. Det samme gjaldt distriktpsykiatrien. Tilstanden er kritisk, familien er lige ved at bryde sammen. Den antidepressive medicin, som er justeret undervejs, har ikke hjulpet hende. Familien foreslår, at hun tager til Pakistan og behandles af psykiater der. Der skrives forslag herom til forvaltningen (LÆ 165, forslag om socialmedicinsk behandling). Patienten får afslag, men rejser alligevel.....”

At den faglige kvalitet ikke alene opleves utilfredsstillende, men også kan være det underbygges af litteraturen, der påpeger større sygelighed og dødelighed blandt socialt belastede befolkningsgrupper (jvf notat 1), samt konklusionen fra en rapport udgivet af Dansk SygehusInstitut, hvor man har fulgt socialt belastede førstegenerations indvandrerkvinders vej gennem det danske sundhedsvæsen og konkluderer, at der er behov for at kvalitetssikre og –udvikle det faglige grundlag (4, s.79).

- tidsforbruget

”Du må regne med, at ligegyldigt, hvordan du ser os som læge, som stand, så er vi på en eller anden måde akkordlønnet. Dvs. vi er lønnet for en konsultation, og når denne konsultation så rent faktisk tager dobbelt så lang tid, eller tre gange så lang tid, ja så er din indtægt en tredjedel, end hvis du havde haft en almindelig familie”

citat praktiserende læge om mødet med sårbare patienter (6, s. 110)

Også Linden West beskriver, de lange arbejdsdage for de deltagende læger. Der foreligger os bekendt ikke relevante studier, som kan dokumentere et evt. øget tidsforbrug i arbejdet med sårbare patienter i almen praksis. Enkelte studier peger på, at den enkelte praksis præsenterer en relativ stor tidsmæssig indsats, når der tilstræbes et fagligt optimalt resultat ift. konkrete sygdomme (se fx 1).

M er 25 år og fra et mellemøstligt land. Han har haft få og sporadiske kontakter til praksis. Han ringer for at få tid samme dag til en attest, idet attesten skal afleveres til kommunen senest i dag. Der er ingen ledige tider. M kommer 25 min for sent til den aftalte tid. Virker oprevet, brokker sig. Får lov at vente på et ”hul”. Kommer ind efter 45 min, hvor han i mellemtiden har travet ud og ind af hoveddøren for at ryge til nogen irritation for de øvrige patienter i venteværelset. Han ønsker en sygemelding fordi han ikke har været i skole i flere uger og nu får han ikke penge. Han mener egentlig ikke, at han er syg, han kan bare ikke lære noget og er vist røget uklar med skolen.

Hårdt presset på økonomien fortæller M i løbet af gentagne konsultationer om

- *Koncentrationsbesvær – søvnbesvær – mareridt, problemer med aggressionsforvaltning – isolationstendens*
- *Kan ikke sidde stille længe pga. rygsmarter, kan ikke deltage i sport (bange for hjertesygdom, lufthunger), kan ikke løbe pga. stikken i fødder*
- *Får hovedpine efter kort tid både i skole, men i øvrigt også i fritid*
- *Har besvær med at skrive en længere tid pga. stikken i hænder og følelseløshed, synsbesvær (flimmer og irritation) – høreproblemer – fordøjelsesproblemer (forstoppelse og diare) dysuri*

Muhammed’s største ønske er at finde en pige og få børn sammen med hende og leve en helt normal tilværelse. Men han har svært ved tæt følelsesmæssig kontakt – føler sig følelsesmæssig død

(Case, praktiserende læge V. Bunch)¹

¹ Case anvendt i specialeuddannelsen i almen medicin, samt til diverse undervisning af praktiserende læger (LD)

De nævnte sygehistorier - herunder ovenstående ² peger dog rimeligt entydigt på, at mødet udover en evt. følelsesmæssig dimension også kan være tidskrævende udover "gennemsnittet" for såvel læge, som praksispersonale.

Udfordringerne i almen praksis og løsningsforslag

Udfordringerne i almen praksis kan beskrives som:

1. at sikre faglig optimal behandling af sårbare patienter,
2. forbedre arbejdsvilkårene for praktiserende læger, som arbejder med sårbare patienter og
3. sikre rekruttering af praktiserende læger til områder med høj andel af sårbare patienter.

- at sikre faglig optimal behandling af sårbare patienter

Der er behov for en indsats på forskellige niveauer. Det være sig initiativer på kommunalt plan med sundhedsforebyggende og fremmende tilbud tilpasset målgruppen (2,3 s. 7). Regionale initiativer ift. sygehuse og øvrige speciallæger således, at også disse aktører optimerer indsatsen over for sårbare patienter. I denne sammenhæng kan der fx nævnes det såkaldte Ishøj-projekt, hvor region Hovedstaden i samarbejde med Ishøj Kommune, har udformet et projekt, hvor man bl.a. vil ansætte to sundhedskoordinatorer, som har til opgave at facilitere det socialmedicinske samarbejde og medvirke til overvindelse af evt. sociale og kulturelle barrierer. Endelig bør der ske en professionalisering af de eksisterende tolketilbud (8). Derudover kan det sikres ved at forbedre arbejdsvilkårene for praktiserende læger som arbejder med sårbare patienter (se herunder).

- at forbedre arbejdsvilkårene for praktiserende læger, som arbejder med sårbare patienter

1. Øget honorering (tidsdimensionen)
2. Løntilskud til ekstra personaletimer mht. at kompensere for patienternes manglende evne og/eller kapacitet til egenomsorg.
3. Pulje til lokale tiltag, som kan tilgodese lokalbestemte behov og de enkelte praksis evt. særlige interesseområder/udfordringer (fx socialrådgiverbistand, diætistvejledning, mobil diabetes-sygeplejerske (9))
4. Adgang til faglig konsulentbistand i form af regionalt forankrede praksiskonsulenter og en nationalt forankret koordinator (5)
5. Etablering af kvalitetsudviklingspraksis (som APU Odense: praktiserende læger med erfaring i håndtering af sårbare patienter, som honoreres særskilt for at formidle erfaringer videre)
6. Målrettede supervisions- og efteruddannelses tilbud

- at sikre rekruttering af prakt. læger til områder med en høj andel af sårbare patienter

1. Tilskud til etablering og drift af lægehuse med "ældre"/erfarne og nynedsatte.
2. Særlig støtte til praksis i "sårbar områder", som ønsker at have uddannelseslæger
3. Iværksættelse af forholdene under optimeret fagligt indsats og forbedrede arbejdsvilkår.

² M. har diagnosen PTSD (posttraumatisk stress disorder). Det anslås at op imod 50 % af indvandrere med flygtningebaggrund har stresssymptomer i større eller mindre grad

2. Muligheder for opgørelser af særlige patientgrupper

I forhold til effektiviteten og indtjeningen i almen praksis er det på grund af forskelle i andelen af sårbare patienter 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 sårbare patienter i den danske befolkning.

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 og dermed søge at beregne andele af sårbare patienter i praksispopulationen:

- Førskolebørn og ældre
- Lav indkomst
- Lav eller ingen uddannelse (analfabetisme, kort skolegang osv.)
- Erstatningsindkomst (inkl. pensionist)
- Indvandrerbaggrund/etnicitet (statsborgerskab/forældres statsborgerskab)
- Enlige (eneboende)
- Manglende eller helbredsbelastende erhverv
- Sygelighed (herunder psykiske sygdomme og misbrug)

Følgende tabel viser variationen i en række eksempler på populationskarakteristika mellem praksis. Data er fra Danmarks statistik for 2006 baseret på P.L.O.s Praksistælling 2005. Det er kun den totale variation, der ses og en yderligere analyse vil være nødvendig, hvis man skal se den eksakte fordeling.

Variable	Antal praksis	Gennemsnit	Minimum	Maksimum
<i>køn og alder</i>				
Antal 0-9 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	117,46	34,74	270,83
Antal 10-19 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	120,35	29,42	243,29
Antal 20-29 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	119,72	24,55	443,65
Antal 30-39 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	143,59	52,56	358,94
Antal 40-49 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	145,97	60,55	238,37
Antal 50-59 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	134,78	21,53	242,65
Antal 60-69 år pr. 1.000 tilmeldt	1.914	109,69	11,62	349,70
Antal 70+ årige pr. 1.000 tilmeldt	1.914	108,43	6,15	361,69
Antal mænd pr. 1.000 tilmeldte	1.914	499,51	268,25	722,04
<i>Uddannelse</i>				
Antal ufaglærte pr. 1.000 tilmeldte	1.914	336,50	166,44	717,35
Antal faglærte pr. 1.000 tilmeldte	1.914	252,47	90,79	484,15
Antal med videregående uddannelse pr. 1.000 tilmeldte	1.914	168,90	50,99	398,16
<i>Disponibel familieindkomst</i>				
Antal med lav familiedisponibel indkomst pr. 1.000 tilmeldte	1.914	246,78	72,32	582,02
Antal med medium familiedisponibel indkomst pr. 1.000 tilmeldte	1.914	469,12	183,46	830,55
Antal med høj familiedisponibel indkomst pr. 1.000 tilmeldte	1.914	244,61	77,60	628,80
<i>Beskæftigelse</i>				
Antal selvstændige pr. 1.000 tilmeldte	1.914	34,25	11,38	94,71
Antal lønmodtagere pr. 1.000 tilmeldte	1.914	431,26	222,83	956,70
Antal arbejdsløse pr. 1.000 tilmeldte	1.914	21,71	4,04	63,12
Antal øvrige på overførselsindkomst pr. 1.000 tilmeldte	1.914	166,92	70,37	313,74
Antal folkepensionister pr. 1.000 tilmeldte	1.914	134,84	7,26	404,69

Det ses af tabellen, at der er relativ stor variation af andelen af patienter tilmeldt praksis med de givne karakteristika. Der er således god grund til at konkludere, at alment praktiserende læger arbejder med endog meget forskellige praksispopulationer. Fx har nogle praksis under 20% ufaglærte, mens andre har 70%. Ligeledes kan andelen af folkepensionister svinge fra under 1% til 40% og dermed også de 70+-årige. På samme måde er der nogle praksis, der har over 20% børn, mens andre har under 5%. Alt i alt får dette betydning for det arbejde der er forbundet med patientpopulationen og især det populationsansvar, som lægen i praksis har.

Variable til indeksering af praksis

I det første notat blev det beskrevet, at man i Skåne, Sverige har man et "socialt indeks" der beregnes ud fra alderssammensætning, antallet af sygemeldte, antallet af patienter med indvandrerbaggrund og fordelingen af lavindkomst. I England benytter man "Jarman-Index", der baseres på antallet af 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, og at man i Holland graduerer basishonoraret efter tre alderskategorier samt på to sociale kategorier.

Alle disse variable vil kunne indsamles i Danmark, men nogle vil være simple og andre mere komplicerede i deres algoritme.

Simple variable

Disse variable vil umiddelbart kunne indsamles via etablerede registre og kræver ikke særlige metoder eller algoritmer. Det er fx de variable, som er nævnt i tabellen samt indvandrerbaggrund, fødested mv. Mange af disse oplysninger kan fås via træk i Danmarks Statistik kombineret med patientlister fra Folkeregisteret.

Sammensatte variable

Der findes endvidere relevante variable, der i høj grad udtaler noget om sårbare patienter, men som er lidt eller noget mere komplicerede at beregne.

Oplysninger om morbiditet kan fås ved at lave et træk på Landspatientregisteret, hvor man ved et relevant indeks (fx Charlton) vil kunne udtale sig om en praksispopulations sygelighed baseret på kontakter til sygehus. Man skal selvfølgelig være opmærksom på, at der også kan være tale om social ulighed i brugen af sygehus og speciallæge. Med baggrund i en populations brug af lægemidler vil man kunne udtale sig om en populations sygelighed ved at trække disse oplysninger fra regionale eller nationale lægemiddeldatabaser. Man vil også via folkeregistreringen kunne se på forhold som ægteskabelig status, bopæl og om personen er eneboende.

Endelig kan man meget nemt forestille sig kombinerede mål, hvor flere af de nævnte variable kombineres.

Praktisk gennemførelse

I Danmark findes rigtig gode forudsætninger for at beregne et dansk indeks for andelen af sårbare patienter i et konkret praksispopulation.

Listesystemet med unik identifikation af den enkelte bøger, danner allerede grundlag for basishonorering. En simpel udvidelse af denne vil kunne foregå relativt simpelt fx ved at man én gang årligt beregner et indeks for sårbare patienter.

Dette indeks vil så kunne gradueres i et vist antal kategorier, der så kan benyttes i en gradueret indsats. Det betyder, at man ganske præcist vil kunne se på en praksis tilmeldte borgere mht. sociale forhold, demografi, sygelighed etc.

Selve den praktiske gennemførelse af sådan et udtræk og den præcise indsats (honorering) i forhold til indekset bør sikres gennem et pilotprojekt, da man ikke umiddelbart kan afgøre dels, hvor ofte man vil kunne lave sådan et udtræk (hvor stabil er en praksispopulation), dels kan man ikke afgøre, hvordan eventuelle differentierede honorarer skal fordeles i forhold til et sådan indeks.

Med inddragelse af de relevante registermyndigheder vil sådan et pilotprojekt dog være relativt simpelt at gennemføre og dermed vil man have et værdifuldt grundlag for at oprette et dansk indeks til måling af andelen af sårbare patienter i almen praksis.

Litteratur

- 1) www.gpract.ku.dk/publikationer/feasibility/. Feasibilitystudie. Thorsen T, Dyhr L s. 61-67
- 2) Sundhedsstyrelsen 2005. Kronisk sygdom
- 3) www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/etniske%20minoriteter/nyhedsbrev_5/diabetesstrategi06.pdf
- 4) Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen. 2004 DSI. ET Jacobsen, S Karise, L Dyhr
- 5) Udvikling af en Indvandrerkonsulentfunktion. CeKAP og Forskningsenheden for Almen Praksis Kbh 2002, kap. 2
- 6) Det almene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel. Månedsskrift for Praktisk Lægegering. 1996
- 7) Socialt differentieret hjerterehabilitering - Et interventionsprojekt på Århus Universitetshospital, Skejby. Lucette Meillier, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.
- 8) Tolkeanvendelse i arbejdet med flygtninge- og indvandrerpatienter. Dyhr, Hamerik. Månedsskrift for Praktisk Lægegering. Særtryk 2006, s.45
- 9) En mobil diabetessygeplejerske til almen praksis. Evaluering af et forsøg. 2007. Sanne Ipsen og Rikke Dalsted, Casa.