

**KORRESPONDANCE:** Annette Lolk, Psykiatrien i Region Syddanmark, Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C. E-mail: lolk@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 7. januar 2015

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

#### LITTERATUR

1. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T et al. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord* 1995;36:65-75.
2. Djernes JK, Kvist E, Olesen F et al. Validering af dansk oversættelse af Geriatric Depression Scale-15 som et screeningsredskab for depression blandt hjemmeboende svage. *Ugeskr Læger* 2004;166:905-9.
3. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. I: Brink TL, red. *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: Hawthorn Press, 1986:165-73.
4. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC et al. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23:271-84.
5. Korner A, Lauritzen L, Abelskov K et al. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. *Nord J Psychiatry* 2006;60:360-4.
6. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1025-39.
7. Hoover DR, Siegel M, Lucas J et al. Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1161-71.
8. Barca ML, Selbaek G, Laks J et al. Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:417-25.
9. Iden KR, Engedal K, Hjørleifsson S et al. Prevalence of depression among recently admitted long-term care patients in Norwegian nursing homes: associations with diagnostic workup and use of antidepressants. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014;37:154-62.
10. Stewart R, Hotopf M, Dewey M et al. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey. *Age Ageing* 2014;43:562-7.
11. Barca ML, Engedal K, Laks J et al. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *J Affect Disord* 2010;120:141-8.
12. Midlov P, Andersson M, Ostgren CJ et al. Depression and use of antidepressants in Swedish nursing homes: a 12-month follow-up study. *Int Psychogeriatr* 2014;26:669-75.
13. Lithgow S, Jackson GA, Browne D. Estimating the prevalence of dementia: cognitive screening in Glasgow nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:785-91.
14. Hughes CP, Berg L, Danziger WL et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982;140:566-72.

# Lægebetjening af plejecentre ved praktiserende læger

Lars Rytter<sup>1</sup>, Torben Hellebek<sup>2</sup>, Anita Mink<sup>3</sup> & Peter Torsten Sørensen<sup>4</sup>

## STATUSARTIKEL

- 1) Almen praksis, Albertslund
- 2) Almen praksis, Værløse
- 3) Almen praksis, Frederiksberg
- 4) Dansk Selskab for Almen Medicin

Ugeskr Læger  
2015;177:V09140517

Vi står i en brydningstid med en aldrende befolkning, som sætter såvel organisering af sundhedsvæsenet som strukturen i vores boligmasse under pres. Dertil kommer de tiltagende højtspecialiserede hospitaler med fortsat kortere indlæggelsestider, så op mod halvdelen af indlæggelserne varer under 24 timer [1]. Den samlede udvikling medfører væsentligt øgede og udlagte rehabiliterings- og opfølgingsopgaver til primærsektoren og en igangværende diskussion af organisering af akutstuer. Som delelement indgår organisering af den lægefaglige indsats over for nogle af samfundets skrøbeligste borgere, plejecentrenes beboere (plejebolig er den bolig, som den ældre er visiteret til. Plejecentre (tidligere benævnt plejehjem) er enheder med flere plejeboliger. I denne artikel er akutstuer ikke omfattet).

## HVAD KARAKTERISERER ET PLEJECENTER I DAG?

I dag bor knap 45.000 borgere i plejebolig fordelt på 1.300 plejecentre i Danmark. Borgernes alder ved indflytning i plejebolig er i gennemsnit 84 år, aldersgennemsnittet og plejetyngden er stigende [2]. Et plejecenters beboere er i dag præget af udtalt fysisk og kognitiv funktionsbegrænsning og har en gennem-

snitlig restlevetid på to et halvt år [2]. Dette indebærer mange indflytninger og en behandling med i gennemsnit ti lægemidler pr. beboer [3]. Yderligere har 50-80% af beboerne en demenssygdom [4], hvilket indebærer specielle behov for pleje og håndtering af adfærd. Beboere i plejebolig har i gennemsnit to indlæggelser pr. år [5], hvoraf 85% er akutte. I en nyligt publiceret rapport vurderede man, at 45% af indlæggelserne fra plejehjem kunne substitueres med en anden ydelse end indlæggelse [1], f.eks. bedre kvalitet af observation på plejecentre eller bedre aftaler med egen læge. Den komplekse medicinering og de mange sektorovergange udgør en særlig risiko for utilsigtede hændelser [6].

## HISTORISK UDVIKLING AF LÆGETILKNYTNING OG OPGAVER

I et ønske om at afinstitutionalisere den ældre i plejebolig vedtog man i 1988 en ændring af boligloven, så plejeboligen blev sidestillet med »eget hjem«. I 1995 afvikledes de kommunalt ansatte plejehjemslæger for at bevare det frie lægevalg og borgerens integritet. Samarbejdet mellem plejepersonale og praktiserende læge blev herved ændret radikalt. Før 1995 kom læ-

gen ugentlig og gik en slags stuegang. I dag, hvor patienterne ofte fortsætter hos deres hidtidige læge, har man på et plejecenter f.eks. på Frederiksberg op til 36 læger tilknyttet, og én læge kan have patienter på op til 13 plejehjem [7]. I landområder er der færre læger tilknyttet, men opgaven er alligevel kompleks. Den praktiserende læge er den primære lægefaglige tovholder. Behovet for samarbejde med andre specialer som geriatri og gerontopsykiatri er stort.

Strukturreformen i 2007 har også medført øget fokus på den ældre medborger med nye kommunale tiltag, og det har sammen med øgede krav til dokumentation i plejecentrenes journaler [8] medført et øget antal henvendelser til den praktiserende læge. Der er behov for koordination og planlægning af denne sundhedsfagligt udfordrende opgave [2, 4].

### ANALYSER AF OMRÅDET

Nationalt er området blevet gennemgået af Sundhedsstyrelsen [8, 9], Ældrekommissionen [2], og med særlig fokus på lægebemanding af plejecentre af Socialstyrelsen og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) ([4, 10]. I et lokalt projekt peger man på den tværsektorielle samarbejdsrelation og manglende organisering som en særlig udfordring [7]. I andre lande finder man også, at behandlingen af borgere i plejebolig sammenlignet med andre patienter er mere kompleks og stiller øgede krav til primærsektorens læger såvel med hensyn til faglige udfordringer som en markant større arbejdsbyrde end med andre patienter [11, 12]. I Holland findes en særlig subspecialisering af de praktiserende læger: specialiserede plejhjemslæger [13].

### GENERELT OM LÆGEFAGLIGE FORLØB HOS BORGERE I PLEJEBOLIG

#### Indflytning

Indflytning i plejebolig er at sammenligne med en sektorovergang, idet nyt personale skal overtage medicineringen, oprette journal og sikre diverse kontroller. Lægens kendskab til patienten og dennes medicinering bør overdrages ved indflytningen. Hvis patienten ikke tidligere har været tilknyttet lægen, skal disse informationer først indhentes og gennemgås. En grundig indflytningsstatus er også anbefalet i Sundhedsstyrelsens ideoplæg [8].

#### Løbende kontrol

Langt de fleste ældre i plejebolig vil have behov for en årlig gennemgang af sundhedsproblemer inklusive medicinforbrug, funktionsevne og ernæringstilstand som beskrevet om det opsøgende hjemmebesøg [4, 8, 14], og hertil kommer supplerende individuelle kontroller af kroniske sygdomme. Det skønnes [7, 10], at



Polyfarmaci og betydeligt nedsat funktionsevne hos plejecentrenes beboere er en udfordring for almen praksis.

der er et forbedringspotentialer ved flere »proaktive« forebyggende kontakter, som forventes at kunne begrænse antallet af akutte kontakter til egen læge og antallet af indlæggelser.

Efter udskrivelse kan der være samme behov for opfølgning som hos andre ældre inklusive evt. revision af behandlingsplan og medicingennemgang, ofte ved et opfølgende hjemmebesøg.

#### Terminalpleje

Der er et løbende dilemma med tilpasning af behandlingsintensitet til patientens og de pårørendes ønsker og behov og endelig en værdig afslutning på livet, fri for smerte, angst og uden unødige indlæggelser. Det kræver viden om palliation [15], tid og godt samarbejde.

#### Det generelle arbejde på plejehjem

Hvis der ønskes et fagligt løft på plejecentrene, skal der ud over nytænkning af samarbejdet med lægerne ses på plejecenterpersonalets sundhedsfaglige standard, f.eks. fast sygeplejerske i dagtid og lettillgængelig sygeplejerske 24/7, ligesom aftalte procedurer og faglige strategier i samarbejdet med plejegruppen f.eks. ved indflytning, fald, infektioner, urolige eller delirøse patienter vil være en nødvendighed. Endvidere er der behov for at sætte udvidede standarder for mundtlig og elektronisk kommunikation.

#### Akutte henvendelser

Det kan være fordele ved, at lægen aflægger besøg i hjemmet, men der er ingen tvivl om, at denne aktivitet er en udfordring for lægens tid og planlægning.



## FAKTABOKS

Ved lægebetjeningen af plejeboliger er der et dilemma mellem at tilgodese plejecenterets ønske om en fast læge og beboernes ønske om kontinuiteten ved at beholde egen læge.

Beboere er præget af en række kroniske sygdomme, og mere end halvdelen har demens. Multimorbiditet medfører polyfarmaci med risiko for fejl.

Forsøg med én fast plejehjemlæge har medført færre indlæggelser, mindre medicinforbrug og sundhedsøkonomiske besparelser. I et projekt på Frederiksberg afprøver man en model, hvor et mindre antal praktiserende læger varetager opgaven.

Akutfunktion og sektorovergange er også en udfordring for plejecentre.

Der er behov for (tidskrævende) lægelig gennemgang af nye beboere og døgn-dækkende sygeplejefaglig tilstedeværelse.

En organisering med flere samtidige besøg ville være hensigtsmæssig, men det løser ikke problemet med de akutte henvendelser. Der er behov for at se på en udgående, akut sygeplejefunktion med akut mulighed for telefonisk kontakt til lægen. Udnyttelser af telemedicinske muligheder bør overvejes. Mobile borgere bør følges til lægens konsultation.

## LØSNINGSMODELLER

### Fast tilknyttet læge på plejecentre

Løsningen med én læge er central i Socialstyrelsens projekt [4], der er evalueret af SFI [10]. Projektet er i god overensstemmelse med Ældrekommissionen [2], der i 2012 så behovet for nytænkning på plejecenterområdet og anbefalede en fast tilknyttet praktiserende læge, men understregede, at det fortsat skulle være muligt at bevare sin hidtidige læge. Alle beboere tilbydes at skifte til plejecenterets faste læge, der udover at være fastlæge på plejecenteret også er almindeligt praktiserende læge. Den faste læge har foruden arbejdet med patienterne faste timer til kompetenceudvikling af personalet, udarbejdelse af faglige retningslinjer m.m. Oprindeligt skulle projektet omfatte 12 plejecentre fordelt på seks kommuner, hvor interventionsplejecenteret skulle matches med et kontrolplejecenter. Der blev kun opnået deltagelse fra i alt syv læger og plejecentre fordelt på fem kommuner (Viborg, Horsens, Lollands, Furesø og Københavns Kommuner).

SFI's effektmål: 1) Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, 2) reduktion i kontakter til lægevagten, 3) forbedret samarbejde mellem læge og personale, 4) mere sikker medicinbehandling og 5) øget tilfredshed med pleje- og behandlingsforløb (set fra både medarbejder-, læge-, borger- og pårørendeperspektiv).

Effektanalysen [10] viste en reduktion i andelen af beboere, der blev indlagt, på henholdsvis 28%

forebyggelige indlæggelser, 27% genindlæggelser og 14% korttidsindlæggelser, ligesom der blev fundet et fald i kontakt til lægevagten og i brugen af receptpligtig medicin. Det skønnes, at der med en landsdækkende model kunne spares 230 mio. kr. i de første 18 måneder efter implementering af modellen. »Plejepersonalet og lægerne er begejstrede« [10] for det nye samarbejde. Disse positive resultater understreger betydningen af en bedre kontakt og forståelse for hinandens arbejdsforhold personale og læge imellem.

Set fra lægens synspunkt er der tale om en betydelig arbejdsindsats: Ud over de hyppige indflytninger er næsten alle beboere nye for fastlægen. Ved indflytningen skal der laves tidskrævende journalgennemgang, objektiv undersøgelse, diagnoseafstemning samt medicingennemgang med personale og tages kontakt til pårørende. Det forhold, at der ikke kunne skaffes læger til alle stillingerne i projektet, skyldes blandt andet, at arbejdsbyrden umiddelbart blev vurderet til at være for stor [7]. For borgeren og de pårørende er svagheden fjernelsen af det frie lægevalg og tab af kontinuitet. For plejecenteret er samarbejdet sårbart, da der kun er én læge at relatere sig til f.eks. ved sygdom, ferie, manglende kompetencer, eller hvis der opstår samarbejdsproblemer.

### Samarbejdsmodel

Der er endvidere præliminær viden fra et netop igangsat projekt på Frederiksberg, der afvikles 2014-2016, med deltagelse af lokale læger, ledere og personale [7]. Man ønsker at løfte det individbaserede samarbejde mellem personale og læge og finde tværsektorielle, ledelsesmæssige løsninger. Man ønsker at skabe en model, der kan optimere lægens og plejepersonalets indsats, forbedre kommunikationen og skabe bedre patientforløb. Det lægelige arbejde på plejecentrene skal fortsat varetages af de lokale praktiserende læger, omend en reduktion af antallet af samarbejdspartnere vil være hensigtsmæssig.

## DISKUSSION

Lægelig service til komplekse funktionshæmmede borgere, som ikke kan klare sig selv i eget hjem, er såvel i Danmark som internationalt [10-12] en udfordring, der giver behov for nytænkning. Socialministeriets model med en fast tilknyttet læge [4, 10] har vist, at når samarbejdet bedres, kan det reducere antallet af indlæggelser og medicinforbruget. Om dette kun lader sig gøre med én læge og ikke med flere, er indtil videre ikke undersøgt. Ved fastlægemodellen går det mangeårige patientkendskab tabt for langt de fleste patienter, ligesom man må frygte, at rekrutteringen af praktiserende læger til fastlægestillingerne

kan blive en væsentlig udfordring. Det er uvist, om en samarbejdsmodel med reorganisering, hvor der fortsat er flere læger pr. plejecenter, i tilstrækkelig grad kan løse de problemer, der er på området.

Der er behov for, at samarbejdsrelationen mellem almen praksis og kommunernes plejecentre udbygges og forbedres. Der er behov for fælles retningslinjer og generelt for nytænkning i organiseringen, hvor bl.a. lægernes mulighed for at foretage op-søgende besøg bør koordineres og suppleres med plejepersonalet registreringer af medicinbrug, ernæringscreening, fald m.m. Der er behov for en indflytningsstatus som beskrevet i Sundhedsstyrelsens idekatalog [8] og en tværgående lægefaglig funktion, der svarer til modellen i Socialministeriets projekt [4].

### Et fagligt løft

Grundlæggende bør beboerne passes af almenmedicinere, men der er behov for løbende kompetenceudvikling med efteruddannelse af de praktiserende læger. Et løft kunne ske ved udvidet samarbejde med hospitalsforankret geriatri som faglig coach og en videreudvikling af den service, som gerontopsykiatrien yder i primærsektoren flere steder i landet, men man kunne også skele til en hollandsk model med subspecialiserede læger i almen medicin som plejehjems-læger, der støtter kollegerne [12].

Hvis en styrket indsats skal kunne lade sig gøre, vil det forudsætte et stærkt og velfunderet tværsektorielt samarbejde og underliggende økonomi. Der er behov for et fortsat udviklingsarbejde.

**KORRESPONDANCE:** Lars Rytter, Lægerne Kanaltorvet, Kanaltorvet 8, 2620 Albertslund. E-mail: lrytter@dadnet.dk

**ANTAGET:** 24. februar 2015

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

### LITTERATUR

1. Hermansen S, Ellekilde G, Rytter L et al. Undersøgelse af akutte medicinske indlæggelser under 24 timer blandt 65+-årige. Ugeskr Læger 2015;177:V10140554.
2. Ældrekommissionen – Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem. København: Social- og Integrationsministeriet, 2012.
3. Implementering af medicingennemgang til beboere i kommunale plejeboliger i Region Hovedstaden med fokus på kendte barrierer, 2012. [www.sundhed.dk/content/cms/89/16289\\_medicingennemgang\\_paa\\_plejehjem.pdf](http://www.sundhed.dk/content/cms/89/16289_medicingennemgang_paa_plejehjem.pdf) (4. jan 2015).
4. Fast tilknyttede læger på plejecentre. Socialstyrelsen, 2012. [www.socialstyrelsen.dk/aeldre/organisering-og-styring/fast-tilknyttede-laeger](http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/organisering-og-styring/fast-tilknyttede-laeger) (4. jan 2015).
5. [www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2013/Analyse-af-de-medicinske-afdelinger/Analyse-af-medicinske-afdelinger.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Analyse-af-de-medicinske-afdelinger/Analyse-af-medicinske-afdelinger.ashx) (4. jan 2015).
6. Siemsen IMD. Patientovergange. Et eksplorativt studie af faktorer der påvirker sikkerheden af patientovergange [ph.d.-afhandling]. Lyngby: Institut for Planlægning, Innovation og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet, 2011.
7. Mink A, Due TD, Waldorff FB et al. Udvikling og evaluering af en ny samarbejdsmodel mellem almen praksis og plejecentre i Frederiksberg Kommune, 2014. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
8. Ide- og inspirationsoplæg for samarbejde mellem plejecentre og almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
9. Plejehjemstilsyn og samarbejdet med den praktiserende læge (embedslægerens tilsyn). København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
10. Evaluering af »Fast tilknyttede læger på plejecentre. Et pilotprojekt«. SFI, 2014. [www.sfi.dk/Default.aspx?ID=12860#sthash.FXJ73kyh.dpuf](http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=12860#sthash.FXJ73kyh.dpuf) (4. jan 2015).
11. Groom I, Avery AJ, Boot D et al. The impact of nursing home patients on general practitioners' workload. Br J Gen Pract 2000;50:473-6.
12. Balogun SA, Evans J. The primary care physician's role in nursing facility care. Prim Care 2005;3:793-810.
13. Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. J Am Med Dir Assoc 2004;5:207-12.
14. DSAM's vejledning. Den ældre patient, København: DSAM, 2012.
15. DSAM's vejledning. Palliation, København: DSAM, 2013.