

Slutevalueringsrapport

Øget støtte og rådgivning til sårbare borgere

31. december 2022



SKARB – samarbejde om borgerne

Skive Sundhedshus – Kommune – Almen praksis – Region og Borger



SKIVEKOMMUNE



Skive
Sundhedshus

Regionshospitalet Viborg-Skive
Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme

Slutevalueringsrapport

SKARB – *samarbejde om borgerne*

Skive Sundhedshus – **K**ommune – **A**lmen praksis – **R**egion – **B**orger

Anne Dorthe Bjerrum
Marianne Balsby

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Elektronisk version

<https://www.fagperson.hospitalsenhedmidt.dk/kommunesamarbejde/>

Version 1.0

Versionsdato: 31. december 2022

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Indledning	3
Resume	4
SKARB fase 1 - Afklaringsfasen	6
Kvantitative delprojekt	6
Brugerinddragelse	10
Kvalitativ delprojekt	10
Behandlerworkshop	10
SKARB fase 2 - Interventionsfasen	11
Virtuelle SKARB multidisciplinære team konferencer	12
Fokusgruppeinterview	14
Revideret model for virtuelle SKARB MDT konferencer	15
Konklusioner og perspektiver på den afprøvede intervention	19
Appendix 1, Kvantitativ delprojekt fase 1	22
Appendix 2, Kvalitativ delprojekt fase 1	99
Appendix 3, Behandlerworkshop fase 1	134
Appendix 4, SKARB MDT konferencer fase 2	146
Appendix 5, Fokusgruppeinterview fase 2	160

Indledning

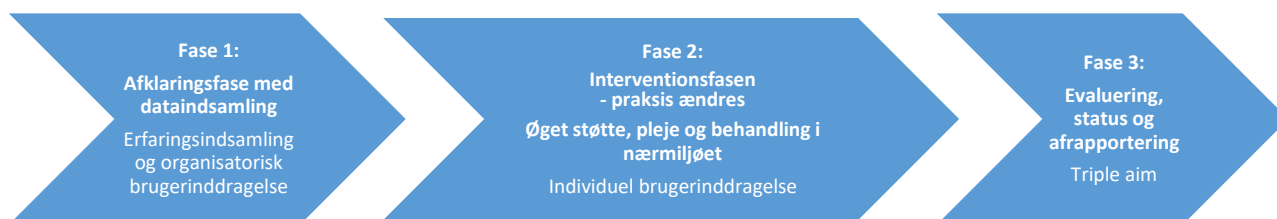
Projekt SKARB – *samarbejde om borgerne* var et 3-årigt kvalitetsudviklingsprojekt, som blev gennemført i samarbejde mellem Skive Sundhedshus, Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive. Det overordnede formål med projekt SKARB var at afdække sårbare multisyge borgers behov for støtte, pleje og behandling i nærmiljøet og dermed undgå akut behandling eller nedbringe elektiv behandling i sekundær sektor (når der ikke er behov for intervention på hospital).

Projektet er forløbet i 3 faser:

Fase 1: Afklaringsfase med dataindsamling (1. maj 2019 - ultimo 1. kvartal 2020. Genoptaget september 2021 – oktober 2022)

Fase 2: Interventionsfase – praksis ændres (ultimo 3. kvartal 2020 – medio 3. kvartal 2021)

Fase 3: Evaluering, status og afrapportering (medio 3. kvartal 2021 – 31. december 2022)



Figur 1. Projekt SKARB – fordeling i 3 faser

Projektansvarlige og styregruppe

Chefsygeplejerske **Anne Dorthe Bjerrum** ved Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive og **Marianne Balsby** leder af Skive Sundhedscenter er projektansvarlige. Styregruppen består af **Marianne Frost** leder af plejeboligheden i Pleje & Omsorg ved Skive Kommune, **Asta Flodgaard** afdelingssygeplejerske ved Klinik for Lungesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive/sygeplejerske i det sygeplejefaglige udviklingsteam Skive Kommune, **Marianne Lykke Lønvig** oversygeplejerske ved Hjerteklinik Viborg-Skive, Hjertesygdomme, Regionshospitalet Viborg-Skive, **Asgerd Krogh Kristensen** lungemedicinsk overlæge ved Medicinsk Afdeling Regionshospitalet Viborg-Skive og projektleder **Lene Kongsgaard Nielsen** Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg.

Tidligere styregruppemedlemmer

Anders Luckow praktiserende læge Lægehuset i Roslev, **Bente Søballe** leder af plejeboligheden i Pleje & Omsorg ved Skive Kommune og **Anne Mette Kornum** psykiatrien Skive Kommune

Viborg, 31. december 2022

På styregruppens vegne

Marianne Balsby
Leder af Skive Sundhedscenter

Anne Dorthe Bjerrum
Chefsygeplejerske, Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme

Resume

Multisygdom, defineret ved to eller flere kroniske tilstande samtidig, optræder hos 23% af befolkningen og forventes at stige de kommende år. Andelen af borgere med forløb i flere hospitalsklinikker er næsten fordoblet i Danmark de seneste 10 år og heraf har 3,6% forløb i to eller flere hospitalsklinikker og udgør godt en fjerdedel af de ambulante hospitalskontakter. Målet om at skabe sammenhængende behandlingsforløb med bevaret behandlingsmæssig kvalitet for denne gruppe stiller krav til samarbejde, koordinering og vidensdeling på tværs af sektorer og specialer.

Det overordnede formål med projekt SKARB var at afdække sårbare multisyge borgers behov for støtte, pleje og behandling i nærmiljøet og dermed undgå akut behandling eller nedbringe elektiv behandling i sekundær sektor (når der ikke er behov for intervention på hospital).

I delprojekt SKARB fase 1 har vi inkluderet 471 voksne borgere med forløb i to eller flere hospitalsklinikker, hvoraf det ene forløb skulle være på Medicinsk Afdeling eller Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive. Vi har beskrevet målgruppen og deres kontakter til hospitalsvæsenet og primær sektoren i en periode på 180 dage ved hjælp af de danske sundhedsregistre. Desuden har vi set nærmere på borgere med genindlæggelse og skabt et overblik over borgergrundlaget for etablering af to mulige fællesklinikker i Skive Sundhedshus.

Vi fandt en høj genindlæggelsesrate for hele borgergruppen på 43%. Selvrapporteret skrøbelighed var forbundet med øget risiko for indlæggelse. Til forebyggelse af genindlæggelser har Region Midtjylland indført screening for opfølgende hjemmebesøg ved udskrivelse. Vi fandt screeningværktøjet i stand til at identificere borgere med risiko for genindlæggelse, men opfølgende hjemmebesøg er ikke implementeret del af klinisk praksis.

Vi fandt et meget højt antal ambulante hospitalskontakter, som hovedsageligt bestod af ambulant fysisk fremmøde mens videokonsultationer stort set ikke blev anvendt. Desuden havde borgerne hyppige kontakter til almen praksis, øjenlæge og tandlæge. Det var ikke muligt at indhente oplysninger om henvendelse og kontakter til kommunen.

Som forberedelse til et nærhospital i Skive har vi dannet et overblik over to mulige fællesklinikker for multisyge borgere. Borgernes behov taler ind i flere sektorer og specialer, hvorfor der i høj grad skal tænkes behandlingsforløb, som er individuelt koordineret og hvor almen praksis indgår som en vigtig brik. Borgergrundlaget for etablering af fællesklinikker med fysisk tilstedeværelse fra specialer på tværfagligt niveau i Skive Sundhedshus synes ikke at være tiltrækkelig, hvorfor der ved den løsning må tænkes evt. virtuel deltagelse fra nogle specialer og fagpersoner.

Som led i organisatorisk brugerinddragelse af interventionen, som skulle afprøves i fase 2, blev der gennemført to delprojekter; Et kvalitativt delprojekt og en behandlerworkshop.

Borgerne i det kvalitative delprojekt kunne fortælle, at der ikke syntes at være en modsætning mellem god kontakt til sundhedsvæsenet og et højt antal hospitalskontakter. Borgerne havde overordnet ikke et ønske om at få reduceret disse hospitalskontakter eller få dem erstattet af anden indsats i nærområdet. Ved fremlæggelse af muligheden for etablering af virtuelle løsninger i nærområdet, blev det umiddelbart ikke set som en væsentlig forbedring. Ej heller

en eventuel mulighed for at tilgå flere af behandlere samtidig. Dog var der flere borgere, der gav udtryk for en forbedring, hvis behandlerne kunne snakke sammen indbyrdes, således man som multisyg ikke skulle være budbringeren mellem de forskellige behandlere.

Nogle borgere pegede på deres egen læge som en vigtig aktør, mens andre borgere havde begrænset kontakt til deres egen læge. Sidstnævnte syntes ej heller at have brug for den relation, da de havde kontakt til specialer på hospitalet og syntes det var der, de fik den bedste sygdomsspecifikke støtte. Adspurgte i forhold til hvilke løsninger på opfølgning og kontrol for multisygdom, der kunne etableres i nærområdet, gav flere udtryk for, at for dem betød det ikke så meget, hvor de skulle komme til kontrol og hvor langt de skulle køre, blot de blev mødt af sundhedsprofessionelle, de kendte i forvejen.

De deltagende sundhedsprofessionelle ved behandlerworkshoppen blev bedt om at forholde sig til, hvilke mulige interventioner for multisyge borgere med forløb i minimum to hospitalsklinikker, der ville reducere hospitalskontakter. Deltagerne pegede på to mulige interventioner, som var 1) Etablering af et fælles ambulatorium eller 2) Tilknytning af en tovholder til den multisyge borger.

Vi valgte at gå videre med tilknytning af en tovholder til den multisyge borger. Af praktiske grunde blev interventionen ændret til afholdelse af SKARB multidisciplinære team (MDT) konferencer i et pilotprojekt til sikring af gennemførligheden. Der blev i alt afholdt 22 SKARB MDT konferencer med tilstedeværelse af borgeren, den medicinske/hjertemedicinske speciallæge, borgerens praktiserende læge og en kommunal faglig koordinator. Deltagerne havde ikke betydelige login-problemer ved at tilgå den virtuelle platform, men nogen oplevede problemer med forringet billed- og lyd kvalitet undervejs. Borgernes tilfredshed med SKARB MDT konferencen var samlet set positive. Den hyppigste problemstilling, der blev drøftet ved SKARB MDT konferencerne omhandlede kost og motion. Borgerne blev efter konferencen bedt om at angive, hvilken konsultationsform, de ville foretrække ved næste kontakt til deres behandler. Her foretrak 5/22 borger videokonsultation.

Det er ikke muligt at evaluere om SKARB MDT konferencerne havde effekt på borgernes efterfølgende hospitalskontakter, men vi bad deltagerne uddybe deres oplevelser ved fokusgruppeinterviews. Borgerne fortalte, at de var taknemmelige og lidt overvældende over, at alle deres behandlere var samlet ved konferencen for at hjælpe dem. Hospitalslægerne gav udtryk for, at SKARB MDT konferencen havde været godt for den deltagende borger, men at det gjorde, de brugte forholdsmæssigt meget tid på denne ene patient. En tid, som måtte tages fra andre og måske mere syge patienter. De praktiserende læger fandt også SKARB MDT konferencen godt for borgeren, var glade for at høre hospitalslægenes overvejelser omkring borgerens problemstillinger og enige i, at det gav mening, at den praktiserende læge deltog i SKARB MDT konferencen.

På baggrund af den opnået viden har vi revideret modellen for virtuelle SKARB MDT konferencer, således den reviderede model imødekommer de nedslagspunkter, vi har identificeret ved den afprøvede model. Den reviderede model har været i høring blandt de involverede samarbejdspartere.

Vores anbefaling fremadrettet er, at de involverede sundhedsprofessionelle afgør, hvornår et borgerforløb er tilstrækkelig komplekst til, at det skal udløse en SKARB MDT konference. Desuden er det den pågældende sundhedsprofessionel, som afgør, hvilke/-n problemstillingen,

der skal drøftes ved SKARB MDT konferencen. Udvælgelse af SKARB MDT deltagere skal bero på den/de problemstillinger, der har givet anledning til, at den sundhedsprofessionelle har arrangeret SKARB MDT konferencen. Med begrundelse i vores erfaring omkring hyppigheden af anbefalinger til kommunale indsatser findes det relevant, at den kommunale faglige koordinator er tilstede ved hver SKARB MDT konference uanset borgerens problemstilling.

SKARB Styregruppe ønsker med den reviderede model at understøtte/implementere forskellige udvidede samarbejdsformer jf. den multisyges borgers sygdomskompleksitet og behov i øvrigt. På sigt er ambitionen at udvide den medicinske sygdomskategori til også at inkludere bl.a. kirurgiske og psykiatriske lidelser. Den reviderede model for SKARB MDT konferencer bør derfor afprøves i praksis og effektevalueres. *Alt sammen til formål - at reducere hospitalskontakter og unødigt brug af sundhedsydelser.*

SKARB fase 1 - Afklaringsfasen

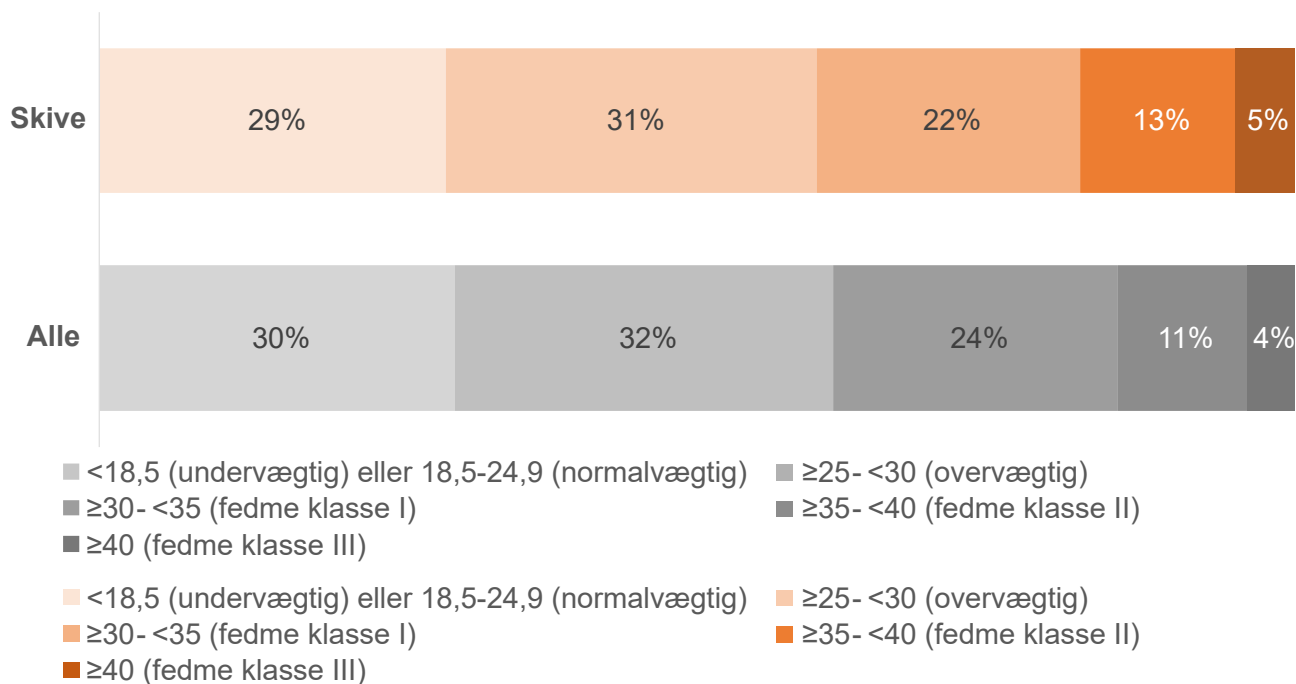
SKARB fase 1 er beskrevet i appendix 1-3, som udgør et kvantitativt studie og to projekter med henblik på organisatorisk brugerinddragelse (et kvalitativt studie og en behandler-workshop).

Kvantitative delprojekt

Formålet med det kvantitative delprojekt SKARB fase 1 var at beskrive multisyge borgere, som følges i to hospitalsklinikker hvoraf den ene klinik skulle være på Medicinsk Afdeling eller Hjertesygdomme, Regionshospitalet Viborg-Skive og beskrive deres kontakter i sundhedsvæsenet 180 dage efter inklusion. Desuden at undersøge variabler til identifikation af borgere med øget risiko for genindlæggelser og danne et overblik over to mulige fællesklinikker til varetagelse af det samlede behandlingsforløb.

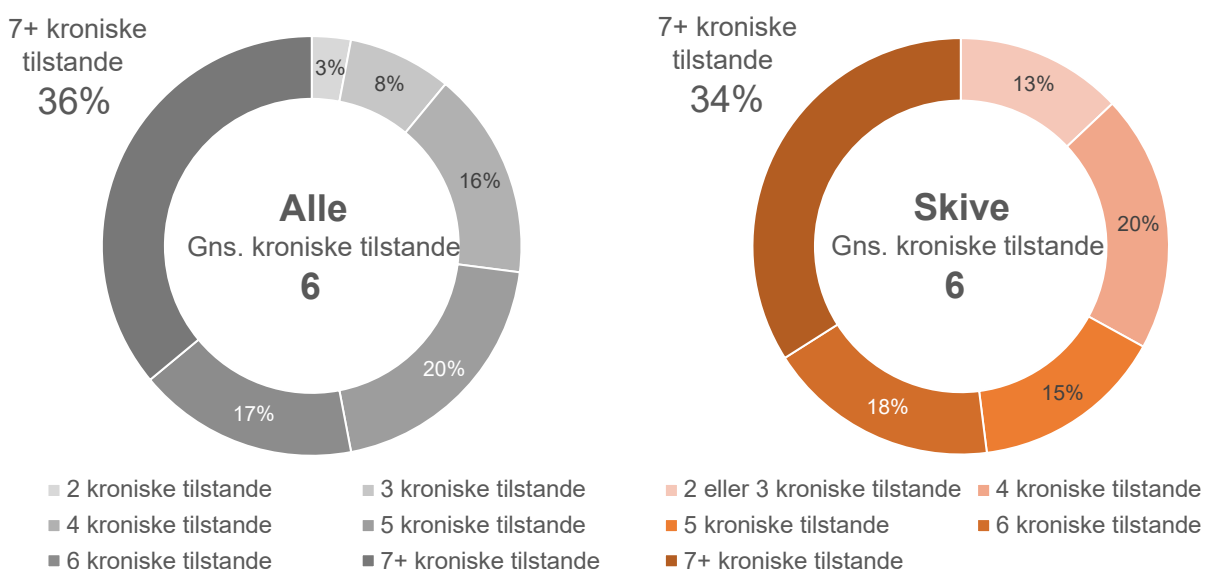
Borgerinklusionen i fase 1 var præget af initial lav inklusionsrate og udbrud af COVID-19, hvorfor det kun lykkedes at inkludere 230 multisyge borgere i den planlagte inklusionsperiode fra 1. november til 1. maj 2020. Inklusionen blev genoptaget september 2021 og forløb indtil januar 2022, hvor i alt 471 borgere blev inkluderet. Oplysninger omkring hospitalskontakter og kontakter til almen praksis og privatpraktiserende speciallæger og øvrige specialer er indhentet fra Landspatientregister 3 og Sygesikringsregisteret. For uddybende beskrivelse af delprojektet henvises til appendix 1.

36% af de inkluderede borgerne var 65 år eller yngre, 73% havde en kort eller erhvervs-mæssig uddannelse og 17% var i beskæftigelse. 15% var daglige rygere, 9% havde et alkoholoverforbrug og 39% kunne klassificeres som svær overvægtig vurderet ved body mass index (BMI), hvilket er væsentligt over 18%, som er andelen af svær overvægtige i den danske befolkning. Se fordelingen i figur 2.



Figur 2. Fordeling af body mass index

2/3 af borgerne modtog ikke kommunale ydelser på inklusionstidspunktet (borgerrapporteret). Det var ikke muligt at indhente data for henvendelser og kontakter til kommunen. Den samlede borgergruppe havde i gennemsnit 6 kroniske tilstande. Se figur 3.



Figur 3. Fordeling af borgere med 2,3,4,5,6 og 7+ kroniske tilstande

171/471 borgere (36%) havde 7 eller flere af de 39 kroniske tilstande. De tre hyppigste kroniske medicinske tilstande i en samlet borgergruppe var hypertension (71%), kronisk nyreinsufficiens (51%) og diabetes (45%). Medicinske tilstande er defineret ved de kroniske medicinske tilstande, der på Hospitalsenhed Midt følges i medicinske eller hjertemedicinske klinikker på Regionshospitalet Viborg-Skive. De hyppigste kroniske ikke-medicinske tilstande var kræft (31%), prostata sygdom (26%) og gigtsygdomme (22%). Resten var defineret som ikke-medicinske tilstande, hvor gigtsygdomme indgår, da disse tilstande følges på Regionshospitalet Silkeborg.

I den samlede borgergruppe var der 370 indlæggelser i den opfølgende periode på 180 dage. 160/370 var genindlæggelser, dvs. 43% af de indlæggelser borgergruppen havde, var genindlæggelser. Den tilsvarende andel af genindlæggelser i gruppen af borgere fra Skive Kommune var 47/97 (48%). Se tabel 1. Skrøbelige borgere viste sig at have øget risiko for genindlæggelser.

Tabel 1. Indlæggelser, sengedage og genindlæggelser i opfølgningsperioden på 180 dage

	Alle borgere (i alt 471)	Borgere fra Skive Kommune (i alt 126)
Antal indlæggelser i alt	370	97
Antal borgere med indlæggelse i løbet af de 180 dage	190	50
Median antal indlæggelser af borgere med indlæggelse (IQR)	1(1)	1 (1)
Antal borgere med indlæggelser		
Borgere med 0 indlæggelse	281	76
Borgere med 1 indlæggelse	103	31
Borgere med 2 indlæggelser	45	9
Borgere med 3-4 indlæggelser	30	5
Borgere med > 4 indlæggelser	12	5
Antal sengedage	1789	375
Sengedage pr. indlagt borger median (IQR)	6 (10)	4,3 (7,5)
Borgere med <2 døgns indlæggelse	45	9
Borgere med 2 til <5 døgns indlæggelse	44	17
Borgere med 5 til <10 døgns indlæggelse	41	12
Borgere med 10+ døgns indlæggelse	60	12
Antal genindlæggelser i alt	160	47
Antal borgere med genindlæggelse i løbet af de 180 dage	84	25
Median antal genindlæggelser af borgere med genindlæggelse (IQR)	1(1,5)	1(1)
Borgere med 1 genindlæggelse	44	14
Borgere med 2 genindlæggelser	19	5
Borgere med ≥3 genindlæggelser	21	6
Genindlæggelsesrate	43%	48%

Den tre hyppigste aktionsdiagnoser for indlæggelserne i den samlede borgergruppe var *Sygdomme i kredsløbsorganer* (70 indlæggelser), *Sygdomme i åndedrætsorganer* (57 indlæggelser) og *Sygdomme i urin- og kønsorganer* (44 indlæggelser). 389/570 operationer (68%) blev foretaget ambulant og 171/570 (32%) blev foretaget under indlæggelse. Den hyppigste klassifikation af operationer var *Endoskopier gennem naturlige og kunstige legemsåbninger*.

Antal ambulante hospitalskontakter fremgår af tabel 2 for den samlede borgergruppe og for borgere med bopæl i Skive Kommune. Der blev gennemført <5 videokonsultationer. Det har ikke været muligt at indhente antallet af kontakter på hospitalet eller via mobillab til blodprøvetagning eller elektrokardiogram (EKG), som derfor ikke indgår i opgørelsen.

Tabel 2. Ambulante hospitalskontakter i opfølgningsperioden på 180 dage

	Antal kontakter for alle borgere (fordelt på antal borgere)	Antal kontakter for borger fra Skive Kommune (fordelt på antal borgere)
Ambulante hospitalskontakter i alt ¹	4393 (449)	1186 (114)
Ambulante fysisk fremmøde	3066 (443)	799 (112)
Virtuelle kontakter*	1295 (324)	373 (92)
Udekontakt	32 (22)	14 (9)
Billeddiagnostik ²	755 (307)	198 (76)

¹Der var 2.169 ambulante fysiske fremmøder til hæmodialyse, som ikke indgår i tabellen.

*Andelen af videokonsultationer var <5, resten var telefonkonsultationer.

²Hvis borgeren har fået udført flere billeddiagnostiske undersøgelser med samme billeddiagnostisk modalitet (fx røntgen af hofte **og** knæ) ved samme kontakt tælles det som én billeddiagnostisk undersøgelse. Billeddiagnostiske undersøgelser udført under indlæggelse fremgår ikke af denne tabel.

Borgergruppen havde i alt 3.423 grundydelseskontakter til almen praksis i dagtid. 35 % (1196/3417) af disse var konsultationer med fysisk fremmøde, 913 (26 %) var telefonkonsultationer og 959 var E-konsultationer med enten borgeren (871) eller kommunen (88). Desuden blev kronikerprogramydelsen for kronisk obstruktiv lungesygdom/diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom eller diabetes anvendt 1.216 gange. Der blev ikke foretaget videokonsultationer eller videokonferencer udgående fra almen praksis med eller om de inkluderede borgere i opfølgningsperioden. Antallet af opfølgende hjemmebesøg (1. kontakt) var 6 for den samlede gruppe borgere.

Den samlede borgergruppe havde 51 konsultationer ved vagtlægen og 237 telefonkonsultationer, hvoraf 91 var med efterfølgende besøg eller konsultation. Der blev gennemført <5 videokonsultationer med vagtlæge.

Den hyppigste konsultation med en privatpraktiserende speciallæge var ved øjenlæge (307 konsultationer) og næst hyppigste var øre-næse-halslæge (130 konsultationer). Vederlagsfrit fysioterapi blev anvendt 1.669 gange af 27 af de inkluderede borgere. Næst hyppigste var tandlægebesøg (887 konsultationer) og herefter fysioterapi (648 konsultationer). Borgergruppen havde ikke et forbrug af sygesikringsydelsen "genoptræning".

Med udgangspunkt i den allerede eksisterende Klinik for Åndenød på Regionshospitalet Skive har vi dannet et overblik over borgergrundlaget for en Hjerter-lunge fællesklinik i Skive Sundhedshus. 14 af de inkluderede borgere med bopæl i Skive Kommune følges i både hjerte- og lungeregime. Vi har også undersøgt borgergrundlaget for etablering af den Diabetes fællesklinik til varetægelse af borgeren samlede behandlingsforløb og fandt, at 36 borgere med

bopæl i Skive Kommune bliver fulgt for diabetes på Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme. Borgernes øvrige kontakter og forløb variere og inkludere andre hospitalsspecialer og almen praksis. Borgernes har individuelle behandlingsbehov og det synes ikke økonomisk eller personalemæssigt realistisk, at alle kompetencer er fysisk tilstede i en eventuelt fællesklinik i Skive Sundhedshus alle hverdage. Opgaven må nytænkes evt. med inddragelse af kompetencer via virtuelle løsninger.

Brugerinddragelse

Som led i organisatorisk brugerinddragelse af interventionen, som skulle afprøves i fase 2, blev der gennemført to delprojekter; Et kvalitativt delprojekt og en behandlerworkshop. Begge delprojekter skitseres kort herunder.

Kvalitativ delprojekt

Formålet med det kvalitative delprojekt var fra et borgerperspektiv at belyse hvilken støtte, pleje og behandling i nærmiljøet de sårbare multisyge borgere har behov for mhp. at undgå unødigt akut og/eller elektiv behandling i sekundær sektor. For uddybende beskrivelse henvises til appendix 2.

Ti borgere fra Skive Kommune inkluderet i SKARB fase 1 deltog i semistruktureret enkelt interview. Den overordnede konklusion var, at borgerne havde svært ved at komme med forslag til, hvordan man kunne bruge nærområdet anderledes end de allerede gjorde.

Der syntes ikke at være en modsætning mellem god kontakt til sundhedsvæsenet og et højt antal hospitalskontakter. Borgerne havde overordnet ikke et ønske om at få reduceret disse hospitalskontakter eller få dem erstattet af anden indsats i nærområdet. Flere af de borgere med adskillige kontakter til forskellige dele af sundhedsvæsenet, beskrev deres nuværende kontakter med tilfredshed og tryghed. Ved fremlæggelse af muligheden for etablering af virtuelle løsninger i nærområdet, blev det umiddelbart ikke set som en væsentlig forbedring. Ej heller en eventuel mulighed for at tilgå flere behandlere samtidig. Dog var der flere borgere, der gav udtryk for en forbedring, hvis behandlerne kunne snakke sammen indbyrdes, således man som multisyg ikke skulle være budbringeren mellem de forskellige behandlere.

Nogle borgere pegede på deres egen læge som en vigtig aktør, mens andre borgere havde begrænset kontakt til deres egen læge. Sidstnævnte syntes ej heller at have brug for den relation, da de havde kontakt til specialer på hospitalet og syntes det var der, de fik den bedste sygdomsspecifikke støtte. Adspurgte i forhold til hvilke løsninger på opfølgning og kontrol for multisygdom, der kunne etableres i nærområdet, gav flere udtryk for, at for dem betød det ikke så meget, hvor de skulle komme til kontrol og hvor langt de skulle køre, blot de blev mødt af sundhedsprofessionelle, de kendte i forvejen.

Behandlerworkshop

Formålet med behandlerworkshopen var at belyse, hvilken tværsektoriel intervention de multisyge borgere har behov for mhp. at reducere hospitalskontakter, og hvordan denne tværsektorielle indsats kunne organiseres set med et behandlerperspektiv.

Behandlerworkshopen var en del af projektets inddragelse af sundhedsprofessionelle i udvikling af den tværsektorielle indsats. For uddybende beskrivelse henvises til appendix 3.

Workshoppen blev afholdt i Skive Sundhedshus og 64 sundhedsprofessionelle fra Skive Kommune, Regionshospitalet Viborg-Skive og almen praksis deltog sammen med forskere fra Aalborg Universitet. Workshoppen blev indledt med et oplæg ved Anne Frølich, professor i multisygdom ved Københavns Universitet og leder af Videnscenter for kroniske sygdom og multisygdom ved Slagelse Hospital.

I workshoppens anden del blev deltagerne opdelt i 11 tværfaglige og tværsektorielle grupper bestående af 5-6 personer. Med udgangspunkt i tre borger-cases blev hver gruppe bedt om at drøfte hvilken tværsektoriel indsats, der vil kunne reducere hospitalskontakter for den beskrevne multisyge borger. I hver gruppe var der udpeget en bordformand, som udarbejdede et resumé af hver case-drøftelse. Efter workshoppen blev resuméerne samskrevet og formuleret til to forskellige oplæg til SKARB intervention: 1) Fællesambulatorium og 2) Tovholder. For uddybende beskrivelse af de to oplæg, se appendix 3. De to oplæg til SKARB interventioner blev gennemgået af SKARB styregruppe og ved afstemning blev det afgjort, at vi skulle gå videre med Tovholderprojektet.

SKARB fase 2 - Interventionsfasen

Med afsæt i den eksisterende litteratur om organisatoriske modeller målrettet multisyge borgere og resultater fra de to brugerinddragende delprojekter (kvalitative delprojekt fase 1 og behandlerworkshop) besluttede styregruppen, at interventionen skulle bestå i tilknytning af én selvvalgt tovholder for den enkelte multisyge borgers forløb i en periode på 6 måneder. Tovholderen skulle udpeges og dennes opgaver skulle forventningsafstemmes ved en virtuel multidisciplinær konference med deltagelse af borgeren og borgerens involverede sundhedsprofessionelle fra primær og sekundær sektor.

Der blev planlagt et lodtrækningsforsøg med dataindsamling til effektmåling af interventionen målrettet SKARBs overordnede formål, som er at reducere hospitalskontakter. Desuden en række sekundære effektmålinger (brugeroplevelse kvalitet, faglig kvalitet og omkostningseffektivitet) 30 dage og 6 måneder efter iværksættelse af interventionen. For at opnå tilstrækkelig styrke til at afgøre effekten af interventionen blev det estimeret, at 188 multisyge borgere skulle deltage i et lodtrækningsforsøg, hvoraf 94 ville blive tilknyttet en tovholder.

Da SKARB projektet er et kvalitetsudviklingsprojekt udgående fra Skive Sundhedshus, og at de praktiserende læger spiller en betydelig rolle i borgerens samlede behandlingsforløb, anses deltagelse af de praktiserende læger i Skive Kommune som nødvendig for interventionens gennemførsel. Med henblik på at indgå en samarbejdsaftale omkring interventionen (forventet arbejdsindsats og honorering) med de praktiserende læger i Skive Kommune, gik vi i dialog med udviklingspraksis i Skive Kommune, praksiskonsulenten for Skive Kommune og formanden for PLO-K-Skive. Tilbage meldingen herfra var, at man ikke har ønsket at deltage grundet bekymring for arbejdsbyrden tilknyttet tovholderfunktionen.

Styregruppen valgte derfor at reducere interventionen til gennemførsel af den virtuelle multidisciplinære team (MDT) konference *uden* tilknytning af en tovholder. Med denne ændring gik vi igen i dialog med udviklingspraksis i Skive Kommune, praksiskonsulenten for Skive Kommune og formanden for PLO-K-Skive. Tilbage meldingen var, at man grundet COVID-19 situationen havde vanskeligt ved at afse tid til at gå med i projektet, og man var bekymret for tekniske udfordringer forbundet med det virtuelle set-up. Interventionen blev som led i denne

proces også fremlagt for Styregruppen for Skive Sundhedshus og på Klyngestyregruppemøde i Midtklyngen.

For at imødekomme evt. tekniske udfordringer og belyse tidsomfanget af virtuelle MDT konferencer gennemførte vi indledningsvis 10 konferencer fra november 2020 til januar 2021 i samarbejde med én praktiserende læge i Skive Kommune. Vi kunne dokumentere teknisk stabilitet og et tidsforbrug for den praktiserende læge på 1,5 timer pr. konference. Disse erfaringer og de efterfølgende evalueringer fra borgere og sundhedsprofessionelle blev fremlagt møde i Skive Lægelaug i januar 2021. Målet var at opnå tiltrækkelig tilslutning blandt de praktiserende læger til at kunne gennemføre lodtrækningsforsøget. *Det lykkedes ikke og vi måtte konkludere, at lodtrækningsforløbet med den planlagte effektmåling ikke var gennemførlig.*

For at få mere erfaring med SKARB MDT modellen valgte styregruppen at gennemføre endnu op til 20 virtuelle MDT konferencer i et fortsat afprøvningsprojekt i samarbejde med de praktiserende læger, som havde vist interesse for lodtrækningsforsøget. Afprøvningsprojekt er kort skitseret herunder og er udbygget med fokusgruppeinterview med henblik på dybere forståelse af virtuelle MDT konferencer.

Virtuelle SKARB multidisciplinære team konferencer

Formålet med afprøvningsprojektet var at sikre gennemførlighed af tværsektorielle virtuelle MDT konferencer ved sikring af høj deltagelsesprocent, teknisk stabilitet og høj grad af borgertilfredshed og tilfredshed blandt sundhedsprofessionelle. For uddybende beskrivelse henvises til appendix 4.

Borgere, der kunne komme i betragtning til en SKARB MDT konference skulle opfylde de samme inklusionskriterier som i SKARB fase 1, og derudover have bopæl i Skive Kommune og være tilknyttet én af de deltagende praktiserende læger og ikke være i hæmodialyse-behandling. Gennemførligheden af virtuelle MDT konferencer blev vurderet ved at opgøre konferencens planlægning og organisering. De øvrige parametre blev evalueret ved, at de sundhedsprofessionelle deltagere og borgerne udfyldte et evalueringsskema efter deltagelse i konferencen indeholdende både åbne og lukkede spørgsmål.

SKARB projektsygeplejerske besøgte borgeren forud for konferencen og fik afklaret borgerens lægefaglige og sundhedsfaglige problemstillinger samt ønske til et samlet behandlingsforløb, som blev påført konferencens dagsorden. SKARB projektsygeplejerske arrangerede MDT konferencen, indkaldte de sundhedsprofessionelle deltagere og sikrede, at de var bekendt med dagsordenen forud for konferencen.

Der blev afholdt i alt 22 virtuelle MDT konferencer, som indledtes med et formøde med borgeren, SKARB projektsygeplejerske og deltagelse af en hospitalsfarmaceut på video. De sidste 5 minutter deltog også den kommunale faglige koordinator. Ved formødet blev foretaget en dybdegående medicinanamnese og farmaceutisk medicingennemgang. Resultatet af den farmaceutiske medicingennemgang blev telefoniske overleveret til den medicinske/-hjerteremedicinske speciallæge forud for selve SKARB MDT konferencen, som var i forlængelse af formødet.

SKARB Multidisciplinær team konference

En virtuel konference udgående fra
Skive Sundhedshus, gæsteplads eller hjemmet



Figur 4. SKARB Multidisciplinær konference. Deltagelse af de involverede sundhedsfaglige aktører fra kommune, almen praksis og hospital via video.

SKARB MDT konferencen blev afholdt med deltagelse af borgeren, borgerens praktiserende læge, medicinske/hjertemedicinske speciallæge, kommunal faglig koordinator, SKARB projektsygeplejerske og evt. pårørende, tilknyttet specialesygeplejerske, kommunale sygeplejerske eller speciallæge fra borgerens behandlingsforløb uden for Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive. Kommunal faglig koordinator var ordstyrer og SKARB projektsygeplejerske tog referat, som blev journalført i alle tre sektorer efterfølgende.

I alt deltog 128 sundhedsprofessionelle i de 22 SKARB MDT konferencer, hvoraf 19 af konferencerne blev afholdt med de på forhånd definerede sundhedsprofessionelle. Deltagerne havde ikke betydelige login-problemer ved at tilgå den virtuelle platform (Region Midtjyllands videokonferencesystem Pexip), men 25% af de sundhedsprofessionelle oplevede tekniske problemer undervejs og henholdsvis 21% og 24% angav forringet billed- og lyd kvalitet. Borgernes tilfredshed med SKARB MDT konferencen var samlet set rigtig positiv og uddybes i det kvalitative delprojekt (appendix 5). Nioghalvtreds procent af de sundhedsprofessionelle deltagere angav, at videokonferencen havde sundhedsfaglig værdi. Personale tidsforbruget til afvikling af én SKARB MDT konference var i gennemsnit 17,2 timer.

Fokusgruppeinterview

Formålet med fokusgruppeinterviews var at få en dybere forståelse af gennemførligheden af SKARB MDT konferencen ved at bede deltagerne uddybe deres oplevelser forbundet med konferencen, dennes organisering og mulige forbedringer. Derudover at uddybe nogle af elementerne fra evalueringsskemaerne indsamlet efter SKARB MDT konferencerne. Se venligst appendix 5 for en uddybende beskrivelse af delprojektet.

Deltagerne til fokusgruppeinterview havde alle deltaget i minimum én SKARB MDT konference og blev delt op i 4 grupper bestående af henholdsvis 1. borgere, 2. speciallæger fra hospital, 3. praktiserende læger og 4. sygeplejersker fra Skive Kommune.

Borgerne var taknemmelige og lidt overvældende over, at alle deres behandlere var samlet ved konferencen for at hjælpe dem. De var tilfredse med organiseringen og fandt stor betydning af farmaceutens medicingennemgang. I forhold til, hvad der skulle udløse en SKARB MDT konference fandt de det mest relevant, at lægen afgjorde, hvornår en SKARB MDT konference skulle arrangeres og hvad indholdet skulle være.

Hospitalslægerne gav udtryk for, at SKARB MDT konferencen havde været godt for den deltagende borger, men at det gjorde, at de brugte forholdsmeæssigt meget tid på denne ene patient. En tid, som måtte tages fra andre og måske mere syge patienter. Der var enighed om, at det var vigtigt, at der var en koordinerende sygeplejerske (SKARB sygeplejersken) og en ordstyrer. Man nåede ikke frem til, hvilke konkrete problemstillinger eller patientgrupper, der med fordel kunne profitere af en SKARB MDT konference. Dog var der enighed om, at problematikken ikke måtte være for specialespecifik, men et symptombillede som træthed eller smerter kunne være relevant.

De praktiserende læger fandt også SKARB MDT konferencen godt for borgeren, var glade for at høre hospitalslægerne overvejelser omkring borgerens problemstillinger og enige i, at det gav mening, at den praktiserende læge sad med ved SKARB MDT konferencen. De fandt det godt, at der på forhånd var udvalgte emner, der skulle drøftes, og at der var en ordstyrer tilstede. De praktiserende læger mente, de fik flere opgaver som resultat af SKARB MDT konferencen, hvilket kunne give udfordringer for nogle af deres kollegaer, hvis SKARB MDT konferencerne skulle udbredes. I konkretiseringen af hvilke opgaver det her havde drejet sig om var konklusionen, at det handlede om opgaver, der alligevel blev/skulle varetages af dem. Også de praktiserende læger blev adspurgt, hvad de mente, der skulle udløse en SKARB MDT konference og pegede på dér hvor speciallægerne i hver deres speciale havde kørt hver deres løb, og hvor den praktiserende læge havde stået i midten og haft svært ved at navigere i det. Det har specielt været psykiatrien, hvor de har kunnet ønske et bedre samarbejde. Også ved borgere, som ikke følges i nogle af regionens klinikken, kunne det give god mening med faglig sparring.

Samlet set fandt de kommunale sygeplejersker ikke deres deltagelse i SKARB MDT konferencen relevant. Det viste sig, at nogle af de kommunale sygeplejersker ikke kendte borgeren i forvejen.

Revideret model for virtuelle SKARB MDT konferencer

På baggrund af den opnået viden har vi revideret modellen for virtuelle SKARB MDT konferencer, således den reviderede model imødekommer nedslagspunkterne identificeret ved den afprøvede model. Ændringerne og baggrunden for ændringerne uddybes nedenfor sammen med en beskrivelse af den reviderede model for SKARB MDT konferencer.

Borgerudvælgelse og etablering af SKARB MDT konferencen

De borgere, som kom i betragtning til en SKARB MDT konference, opfyldte samme udvælgelseskriterier som opsat for inklusion i SKARB fase 1. Baggrunden herfor var, at vi ønskede at afgrænse projektets målgruppe til multisynge borgere med tæt tilknytning til det sekundære sundhedsvæsen, da projektets formål er at undgå/nedbringe hospitalskontakter.

Ud fra de foreløbige resultater fra det kvantitative delprojekt SKARB fase 1 blev vi bekræftet i, at de valgte borgerudvælgelseskriterier var relevante. De inkluderede borgere viste sig at have et relativt højt antal både fysisk ambulante kontakter og telefonkontakter i hospitalssektoren og samtidig også en høj genindlæggelsesrate. Desuden havde størstedelen af borgerne behandlingsforløb med én eller flere kroniske sygdomme i almen praksis. Den viden bekræftede os i antagelsen om, at sammenhængende borgerforløb for den pågældende gruppe kræver stor grad af tværfaglig og tværsektorielt samarbejde, hvilket potentielt kunne resultere i mangel på sammenhæng, som antageligt kunne resultere i unødige hospitalskontakter.

Dog kunne vi på samme tidspunkt konstatere, at kun en tredjedel af borgerne modtog kommunale ydelser på inklusionstidspunktet, hvilket sammenholdt med at kun halvdelen af borgerne angav sig selv skrøbelige kunne indikere, at borgergruppen ikke havde den tilstrækkelige kompleksitet. En kompleksitet, som skulle kunne retfærdiggøre den ressourcemæssige omfattende SKARB MDT konference. Hverken de foreløbige resultater fra det kvantitative delprojekt eller i litteraturen kunne vi finde relevante kriterier for "kompleksitet" uden borgergruppen blev så indsnævret, at det ikke var muligt at gennemføre SKARB fase 2 i projektperioden. Vi valgte derfor at fastholde de samme inklusionskriterier for SKARB MDT konferencerne som anvendt i SKARB fase 1.

Under udvælgelse af borgere til SKARB MDT konferencerne blev vi af vores sundhedsprofessionelle kolleger gjort opmærksomme på borgere, som de fandt komplekse og relevante, men som ikke opfyldte inklusionskriterierne og dermed ikke kunne tilbydes en SKARB MDT konference. Det inklusionskriterie, som oftest ikke var opfyldt hos en sådan borger, var kravet om behandlingsforløb i to hospitalsklinikker med bestemte kroniske tilstande. På den baggrund er vores erfaring, at et højt antal hospitalskontakter med involvering af forskellige behandlere af kroniske tilstande i forskellige sektorer ikke nødvendigvis gør, at borgerens samlede behandlingsforløb opleves komplekst og usammenhængende. I den vurdering indgår et fagligt skøn, som baserer sig på borgerens samlet situation.

Vores anbefaling fremadrettet er, at de involverede sundhedsprofessionelle afgør, hvornår et borgerforløb er tilstrækkelig komplekst til, at det skal udløse en SKARB MDT konference. Desuden er det den pågældende sundhedsprofessionel, som afgør, hvilke/-n problemstillingen, der skal drøftes ved SKARB MDT konferencen.

Fleksibel udvælgelse af SKARB MDT deltagere

Som en del af procedurebeskrivelsen for SKARB MDT konferencen var det på forhånd fastlagt, hvilke fem personer (borgeren, praktiserende læge, medicinsk/hjertemedicinsk speciallæge, kommunal faglig koordinator og SKARB projektsygeplejerske), der skulle deltage i SKARB MDT konferencen. SKARB MDT deltagere blev udpeget ud fra deres tilknytning til borgeren uden skelen til borgerens sundhedsfaglige og lægefaglige problemstillinger samt ønske til sammenhængende behandlingsforløb.

Baggrunden for den anvendte procedure for udvælgelse af SKARB MDT deltagere var flere. For det første at forhindre, at man ved konferencen manglede afgørende oplysninger eller beslutningskompetence, som gjorde, at man ikke kunne fastlægge en behandlingsplan for borgeren og afstemme medicinlisten. For det andet blev der lagt vægt på tværsektoriel deltagelse, herunder særligt deltagelse af kommunal repræsentant/-er med baggrund i projektets mål om at kvalitetsudvikle Skive Sundhedshus. For det tredje fandt vi det vigtigt, at den praktiserende læge deltog, da formålet med projektet var at reducere hospitalskontakter og det i høj grad er de praktiserende læger, der beslutter om borgeren skal indlægges/henvises til et ambulans forløb eller om der skal findes en alternativ løsning i en given situation. Desuden var det vigtigt for gennemførelse af den lægefaglige medicingennemgang, at de relevante speciallæger fra hospital og den praktiserende læge var tilstede.

Gennem evalueringsskemaerne og fokusgruppeinterviewene blev vi bekræftet i vigtigheden af, at de deltagende sundhedsprofessionelle var direkte involveret i borgerens sygdomsforløb og ikke blot repræsenterede en kollega. I den forbindelse vil vores anbefaling være, at den kommunale sygeplejerske kun inviteres, hvis vedkommende er involveret i borgerens forløb. Samtidig er vores erfaring, at behandlingsplanen på baggrund af de forudbestemte sundhedsfaglige og lægefaglige problemstillinger og ønske til sammenhængende behandlingsforløb i nogle situationer krævede en anden tværsektoriel og tværfaglig indsats end den umiddelbare oplagte. Et eksempel herpå kunne være hvis "åndenød" var fremsat som en lægefaglig problemstilling hos en patient med kronisk obstruktiv lungesygdom, hvor anbefalingen fra den lungemedicinske speciallæge blev en træningsindsats i kommunalt regi. Ved tilstedeværelse af den kommunale faglige koordinator kunne borgeren ved konferencen modtage rådgivning omkring den forslåede indsats, bidrage med egne præferencer og havde mulighed for at stille spørgsmål. På den måde var det muligt i høj grad at understøtte borgerinddragelse i behandlingsplanen ved konferencen, fremfor at denne rådgivning og fællesbeslutningstagen skulle arrangeres efterfølgende.

Vores anbefaling er, at udvælgelse af SKARB MDT deltagere skal bero på den/de problemstillinger, der har givet anledning til, at den sundhedsprofessionelle har arrangeret SKARB MDT konferencen. Med begrundelse i vores erfaring omkring hyppigheden af anbefalinger til kommunale indsatser findes det relevant, at den kommunale faglige koordinator er tilstede ved hver SKARB MDT konference uanset borgerens problemstilling.

Høringsfase

Med afsæt i resultater og erfaringer fra projektfasen vil vi gerne fortsætte i drift med en revideret model for virtuelle SKARB MDT konferencer. Den reviderede model har som en del af udviklingen været i høring ved de involverede samarbejdspartnere. Høringen er gennemført ved, at samarbejdspartnere har fået tilsendt et tidligere udkast af denne evalueringsrapport

med tilhørende appendix'er. Efterfølgende har de involverede samarbejdspartnere gruppevis været til "SKARB audiens" (hermed forstås et høringsmøde), hvor resultater fra SKARB fase 2 og den reviderede model for virtuelle SKARB MDT konferencerne blev præsenteret af projektleder med tilstedeværelse af de to projektansvarlige. Ved audiensen har samarbejdspartnere haft mulighed for at stille spørgsmål og komme med input til det organisatoriske set-up samt budgettet.

De involverede samarbejdspartnere:

1. Praksiskonsulenten for Skive Kommune og en repræsentant for de praktiserende læge i Skive.
2. Leder af Skive Sundhedscenter og lederne af Pleje & Omsorg ved Skive Kommune.
3. Repræsentanter for oversygeplejerskerne Regionshospitalet Viborg-Skive.
4. Funktionsledelsen og en repræsentant for farmaceuterne fra Hospitalsapoteket Hospitalsenhed Midt.
5. Afdelingsledelsen ved Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive.

Efterfølgende blev input fra involverede samarbejdspartnere drøftet i SKARB styregruppe og den reviderede model for virtuelle SKARB MDT konferencer blev endelig fastlagt.

Fremgangsmåde for den reviderede model for SKARB MDT konferencer

Alle sundhedsprofessionelle, som er involveret i borgerens behandlingsforløb, kan tage initiativ til en virtuel SKARB MDT konference, hvis borgeren opfylder alle følgende udvælgelseskriterier.

- Borgeren er ≥ 18 år.
- Borgeren har ikke diagnosen demens.
- Borgeren vurderes at have en restlevetid på mere end tre måneder.
- Borgeren har bopæl i Skive Kommune.
- Borgeren er multisyg (to eller flere kroniske sygdomme) og har et forløb på Medicinsk afdeling eller Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive.
- Borgeren har en sundhedsfaglig problemstilling, som opfylder alle fire kriterier:
 - 1) vurderes kompleks af den involverede sundhedsprofessionel.
 - 2) ikke akut indlæggelseskrævende.
 - 3) kan ikke løses i én sektor (almen praksis, kommunen eller hospital) og kræver en tværsektoriel indsats.
 - 4) problemstillingen er forinden drøftet med den læge, som har ansvaret for borgerens forløb (praktiserende læge eller hospitalslæge).

Den sundhedsprofessionelle, som identificerer problemstillingen sender en henvisning til Klinik for Åndenød Regionshospitalet Skive. I henvisningen skal følgende oplysninger fremgå:

1. Beskrivelse af den komplekse sundhedsfaglige problemstilling med begrundelse for, hvorfor problemstillingen ikke kan løses i en sektor.
2. En liste over de sundhedsprofessionelle (profession eller angivelse af navn og ansættelsessted), man ønsker som deltager i SKARB MDT konferencen.

SKARB koordinatoren (en sygeplejerske ansat i Klinik for Åndenød, Regionshospitalet Skive) og en lægesekretær i Klinik for Åndenød foretager den første visitation af henvisninger ved at sikre, at udvælgelses- og henvisningskriterierne er opfyldte. Henvisningen visiteres af relevant

speciallæge. Såfremt den sundhedsfaglige problemstilling ikke hører ind under én af de medicinske eller hjertemedicinske specialer på Regionshospitalet Viborg-Skive varetages den lægefaglige visitation af speciallægerne i Klinik for Åndenød.

I samarbejde med lægesekretæren arrangerer SKARB koordinatoren SKARB MDT konferencen med de udpegede sundhedsprofessionelle deltagere, den kommunale faglige koordinator, borgeren og evt. pårørende, som alle får tilsendt en dagsorden forud for SKARB MDT konferencen. På dagsorden vil den komplekse sundhedsfaglig problemstilling fremgå sammen med en deltagerliste for konferencen. Det tilstræbes, at SKARB MDT konferencen afholdes indenfor 10-15 hverdage.

Hvis den sundhedsfaglige problemstilling omhandler medicinering eller den indkaldende sundhedsprofessionelle vurderer behov for en dybdegående medicinanamnese og farmaceutisk medicingennemgang foretages dette ved et formøde forud for den virtuelle SKARB MDT konference med deltagelse af borgeren, SKARB koordinatoren og en hospitalsfarmaceut via video. Farmaceuten foretager overlevering til speciallægen i god tid forud for SKARB MDT konferencen. SKARB koordinatoren og borgeren deltager fysisk fra samme sted ved den virtuelle SKARB MDT konference.

Den kommunale faglige koordinator er ordstyrer ved konferencen. Dagsorden tager udgangspunkt i følgende standard dagsorden:

1. Ordstyrer byder velkommen, rammesætter konferencen og præsenterer deltagerne.
2. Den indkaldende sundhedsprofessionelle fremlægger den komplekse sundhedsfaglige problemstilling.
3. Borgeren uddyber/supplerer den komplekse sundhedsfaglige problemstilling.
3. Hver deltager kommer med input til den komplekse sundhedsfaglige problemstilling.
4. Evt. lægefaglig medicingennemgang og afstemning af Fælles Medicin Kort.
5. Løsningforslag drøftes med inddragelse af borgeren.
6. Løsning på den sundhedsfaglige problemstilling fastlægges og godkendes af borgeren. Ansvars- og opgavefordeling afklares.
7. SKARB koordinator opsummerer kort konferencens beslutninger og runder konferencen af.

SKARB koordinatoren laver et kort skriftligt resume af konferencens beslutninger, som sendes til konferencens deltagere inkl. borgeren pr. e-Boks eller brev. Desuden indhenter SKARB koordinator mundtligt og skriftligt samtykke fra borgeren til videregivelse af personfølsomme oplysninger fra hospitalsjournaler, kommunale dokumentationssystem og nationale registre med henblik på evaluering af den reviderede model for SKARB MDT konferencer. Det estimeres, at der årligt vil blive afholdt 30 virtuelle SKARB MDT konferencer.

SKARB audienserne/høringerne bidrog endvidere til nye forslag og ønsker ift. SKARB koordinatoren, hvor MDT konferencen kun skulle være et delelement i dennes funktion. Forslagene vedrørte understøttelse af en fortsat relationel koordinering af de fagprofessionelles samarbejde omkring den multisyge borger, med afsæt i relevant niveau for koordineringsform (mødefora/telefonkonsultationer/videomøder/MDT konference/besøg i borgerens hjem osv.).

Endvidere ønskede de involverede samarbejdspartnere større forebyggende indsats ved at afdække eventuelle behov hos de inkluderede borgere, som ikke havde tilknytning til de kommunale sundhedsydelser (ca. 2/3 af de inkluderede borgere i projekt SKARB fase 1).

SKARB Styregruppen ønsker med den reviderede model at understøtte/implementere forskellige udvidede samarbejdsformer jf. den multisyges borgers sygdomskompleksitet og behov i øvrigt.

På sigt er ambitionen at udvide den medicinske sygdomskategori til også at inkludere bl.a. kirurgiske og psykiatriske lidelser. *Alt sammen til formål - at reducere hospitalskontakter og unødigt brug af sundhedsydelser.*

Konklusioner og perspektiver på den afprøvede intervention

Samlet set ser vi et potentiale i virtuelle MDT konferencer med multisyge borgere som et redskab til at styrke det tværsektorielt samarbejde og øge borgertilfredsheden ved tværsektorielle behandlingsforløb. Vi har kun mødt beskedne tekniske udfordringer ved anvendelse af den virtuelle platform og tilbagemeldingerne fra borgerene var samlet set positive. De praktiserende læger fandt deres deltagelse ved konferencen berettiget, var glade for at høre hospitalslægenes overvejelser og hospitalsfarmaceutens vurdering af borgernes medicinsammensætning. Andelen af sundhedsprofessionelle, som fandt konferencen med sundhedsfaglig værdi var mindre tilfredsstillende, og særligt hospitalslægerne fandt tidsforbruget højt og oplevede, at de på den baggrund tilsidesatte andre og mere syge patienter. De fleste anbefalinger til behandlingsplanen vedrørte kommunale indsatser eller rådgivning.

Da det planlagte lodtrækningsforsøg til effektmåling på hospitalskontakter ikke kunne realiseres (som nævnt på grund af utilstrækkelig tilslutning blandt de praktiserende læger), kan vi ikke give et nøjagtigt estimat for interventionens effekt. Dog kan vi dokumentere en gevinst i form af positive oplevelser og erfaringer med tværfaglige og tværsektorielle virtuelle konferencer.

Modellen for SKARB MDT konferencer "taler sig" direkte ind i Praksisplanen for almen praksis' målsætning for mere anvendelse af videokonference på tværs af sektorer samt et styrket tværsektorielt samarbejde omkring multisygdom herunder at sikre koordination og sammenhæng i de forskellige tilbud.

Ved at videreudvikle SKARB MDT konferencer understøttes hensigten i OK22 i forhold til at undersøge, hvor videokonference giver allermest værdi for borgerene og de sundhedsprofessionelle. SKARB MDT konferencer understøtter almen praksis i at behandle multisyge borgere i det nære sundhedsvæsen med let adgang til hospitalets specialviden. Desuden giver SKARB MDT konferencer mulighed for et samarbejde på tværs af sektorer især ved polyfarmaci som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forebyggelse af polyfarmaci.

En videreudvikling af det tværsektorielle samarbejdet, der foregår omkring SKARB interventionen, underbygges bl.a. af konklusionerne fra projekt "Aktiv Patientstøtte", hvor anbefalingen er, at fremtidige indsatser til forebyggelse af indlæggelser bør rettes mod sundhedsvæsenets organisering af borgernes forløb.

I den sidste del af projektperioden er Nærhospitaler dukket op som et nyt initiativ i det danske sundhedsvæsen, herunder etablering af et nærhospital i Skive. Nærhospitaler skal skabe mulighed for mere synergi og sammenhæng mellem forskellige indsatser og øget nærhed samtidig med at kvaliteten opretholdes. En forudsætning herfor er nytænkning af opgaveløsningen med en innovativ tilgang.

Den reviderede model for SKARB MDT konferencer med multisyge borgere er oplagt både i forhold til driftsmæssigt at understøtte den tværgående opgavekoordinering mellem hospital, nærhospital, kommune og almen praksis og til løbende at kvalitetsforbedre "konceptet" i takt med, at modellen realiseres.

SKARB – *samarbejde om borgerne*

Skive Sundhedshus – **Kommune** – **Almen praksis** – **Region** og **Borger**

Delrapport SKARB fase 1 **version 3.0**

Af overlæge, ph.d., klinisk lektor og projektleder Lene Kongsgaard Nielsen (primær skribent),
chefsygeplejerske Anne Dorthe Bjerrum (projektansvarlig) og
leder Marianne Balsby (projektansvarlig)

Projektansvarlige og styregruppe

Chefsygeplejerske Anne Dorthe Bjerrum Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive og Marianne Balsby leder af Skive Sundhedscenter er projektansvarlige.

Styregruppen består af Marianne Frost leder af plejeboligheden i Pleje & Omsorg ved Skive Kommune, Asta Flodgaard afdelingssygeplejerske ved Klinik for Lungesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive/ udviklingssygeplejerske Skive Kommune, Marianne Lykke Lønvig oversygeplejerske ved Hjerterklinikken, Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive, Asgerd Krogh Kristensen lungemedicinsk overlæge ved Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Viborg-Skive og projektleder Lene Kongsgaard Nielsen Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme, Regionshospitalet Viborg.

Indhold

Opsummering	3
Baggrund	4
<i>Multisygdom</i>	4
<i>Sårbarhed og robusthed</i>	4
<i>Forbrug af hospitalsydelser</i>	5
<i>Opfølgende hjemmebesøg</i>	5
Formål	7
Metode.....	7
<i>Design og inklusionskriterier</i>	7
<i>Procedure for rekruttering og inklusion</i>	8
<i>Dataindsamling ved inklusion og opfølgning</i>	9
<i>Statistiske analyser</i>	9
<i>Registerdata</i>	10
Register	10
<i>Gennemførlighed</i>	11
<i>Etik, jura og datasikkerhed</i>	12
<i>Kommunale data</i>	13
Resultater.....	14
<i>Borgernes kroniske tilstande</i>	16
<i>Indlæggelser, genindlæggelser og operationer</i>	18
<i>Ambulante hospitalskontakter</i>	20
<i>Kontakter i primær sektoren</i>	20
<i>Identifikation af multisyge borgere med risiko for genindlæggelse</i>	21
Forklarende variabler	21
<i>Fællesklinikker i Skive Sundhedshus</i>	22
Konklusion og diskussion.....	25
Perspektiver	29
Referencer.....	30
Bilag 1. Definitioner Landspatientregister 3	33
Bilag 2. Resultater - Alle borgere	35
Bilag 3. Resultater – Borgere med bopæl i Skive Kommune	59
Bilag 4. Supplerende analyser	77

Opsummering

Multisygdom, defineret ved to eller flere kroniske tilstande samtidig, optræder hos 23% af befolkningen og forventes at stige de kommende år. Andelen af borgere med forløb i flere hospitalsklinikker er næsten fordoblet i Danmark de seneste 10 år og heraf har 3,6% forløb i to eller flere hospitalsklinikker og udgør 28% af de ambulante hospitalskontakter. Målet om at skabe sammenhængende behandlingsforløb med bevaret behandlingsmæssig kvalitet for denne gruppe stiller krav til samarbejde, koordinering og vidensdeling på tværs af sektorer og specialer.

I delprojekt SKARB fase 1 har vi inkluderet 471 borgere med forløb i to eller flere hospitalsklinikker, hvoraf det ene forløb skulle være på Medicinsk Afdeling eller Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive. Vi har beskrevet målgruppen og deres kontakter til hospitalsvæsenet og primær sektoren i 180 dage efter inklusion. Vi har set på den samlede borgergruppe og borgere med bopæl i Skive Sundhedshus alene for at identificere målgruppen og områder, hvor en kvalitetsudvikling af Skive Sundhedshus vil kunne reducere hospitalskontakter.

På udvalgte socioøkonomiske parametre (højest gennemført uddannelsesniveau og beskæftigelse) viste der ikke at være forskel på den samlede borgergruppe i forhold til borgerne med bopæl i Skive Kommune. Dog er andelen af svært overvægtige dobbelt så stor blandt den samlede borgergruppe ift. normalbefolkningen. De inkluderede borgeres kroniske tilstande er sammenlignelige med eksisterende viden og med hypertension som den hyppigste kroniske tilstand efterfulgt af kronisk nyreinsufficiens og diabetes. I gennemsnit havde borgerne 6 kroniske tilstande og 77% af borgerne havde parallelle forløb i almen praksis for kroniske tilstande ud over de hospitalsforløb, som gjorde dem egnede til inklusion i delprojektet. 2/3 af borgerne modtog ikke kommunale sundhedsydelser på inklusionstidspunktet.

Vi fandt et meget højt antal ambulante kontakter, som hovedsageligt udgjorde ambulant fysisk fremmøde på hospitalet og kontakter til almen praksis i dagtid. Hvis hver kontakt er gennemført enkeltvis har hver borger i gennemsnit haft en kontakt til sundhedsvæsenet hver 7. dag. Hertil kommer kommunale kontakter og hospitalskontakter til blodprøvetagning og ekg. Videokonsultationer blev stort set ikke anvendt. Om det skyldes, at videokonsultationer ikke er anvendelig til målgruppen eller implementeringsopgaven ikke er lykket, kan ikke afgøres på baggrund af dette delprojekt.

43% af de indlæggelser den samlede borgergruppen havde var genindlæggelser, hvilket er væsentligt højere end tidligere opgørelser. Vi genfandt tidligere viden om, at borgere som angiver sig skrøbelige er i øget risiko for genindlæggelser. I Region Midtjylland har man indført et screeningsværktøj til at identificere borgere, der skal tilbydes opfølgende hjemmebesøg, som er en indsats til at forebygge genindlæggelse. I delprojektets opfølgningsperiode blev der gennemført kun få opfølgende hjemmebesøg. Vi kan dokumentere, at screeningsværktøjet er i stand til at identificere borgere, der har øget risiko for genindlæggelser.

Som forberedelse til et nærhospital i Skive har vi dannet et overblik over mulige fællesklinikker for multisyge borgere. Overblikket viser, at borgernes behandlingsmæssige behov taler ind i flere sektorer og specialer, hvorfor der i høj grad skal tænkes behandlingsforløb, som er individuelt koordineret og hvor almen praksis indgår som en vigtig brik. Om dette vil reducere hospitalskontakter og skabe mere sammenhæng set med et borgerperspektiv ligger uden for projekt SKARB.

Baggrund

Multisygdom

Bedre levevilkår og bedre behandlingsmuligheder har betydet, at borgerne i den vestlige del af verden kan forvente at leve længere – og leve længe med kroniske sygdomme (1). Fremover vil flere borgere i Danmark have to eller flere kroniske sygdomme og dermed være multisyge (2). I en opgørelse fra Skotland lavet på baggrund af diagnoser fra almen praksis kunne man konstatere, at 23 % af befolkning er multisyge (3). Et dansk studie som baserer sig på selvrapporteret komorbiditet viste, at 33 % af befolkningen har to eller flere kroniske diagnoser (4).

Borgere med multisygdomme er en særlig gruppe, som er kendetegnet ved komplekse problemstillinger knyttet til somatiske og særlige psykiatriske sygdomme, sociale problemer og udfordret arbejdsmarkedstilknytning (2). Selvom alder er den største risikofaktor for multisygdom, er mere end halvdelen af multisyge borgere yngre end 65 år (3). 36% af de multisyge har både en fysisk og en mental diagnose og risikoen for samtidig mental sygdom stiger med antallet af kroniske somatiske sygdomme (3). Multisygdom er med til at give patienterne nedsat funktionsevne og -livskvalitet (5, 6). Desuden er multisygdom forbundet med længere hospitalsindlæggelser, øget risiko for postoperative komplikationer og generelt øget forbrug af sundhedsydelser (7). Personer med lav social position udvikler multisygdom 10-15 år før de socialt bedst stillede og ses oftere i almen praksis (8). Desuden har patienter med lav socioøkonomisk status større risiko for tidlig død af fx leukæmi, diabetes og skizofreni (9-11). Denne viden synliggør, at borgere fra de lavere sociale lag har særlige sundhedsmæssige behov (12).

Sårbarhed og robusthed

Sårbarhed kan defineres på forskellige måder, men henviser ofte til sociale grupper, der er fattige, isolerede, afsondrede, diskriminerede og som er udsat for intolerance, underlæggelse og stigma (13). I en dansk fokusgruppeundersøgelse udført i almen praksis har man udarbejdet en definition på *sårbarhed* i relation til sundhed og sygdom har man anvendt følgende definitioner (14):

- *Patienter, som på grund af svær sygdom, flere samtidige behandlingskrævende sygdomme, handicap mv. og evt. svagt personligt netværk er stærkt afhængige af sundheds- og/eller sociale ydelser.*
- *Patienter, som på grund af svage personlige ressourcer og dårlig og anderledes sygdomsindsigt, sociale eller kulturelle forhold er ude af stand til at yde en hensigtsmæssig adfærd eller egenomsorg.*

Det diskuteres, hvor vidt det modsatte af sårbarhed (anti-sårbarhed) kan betegnes som robusthed, men der er ikke opnået konsensus herom (15).

Robusthed (resilience) er defineret ved en persons evne til at modstå modgang og komme sig efter signifikante udfordringer, der truer personens stabilitet, levedygtighed eller udvikling (16). Der kan være stor individuel variation i personers respons på den samme oplevelse med eksempler på personer, som har været udsat for modgang, bliver styrket mod fremtidig modgang (17, 18). Omvendt er der også eksempler på, at personer med nedsat robusthed kommer sig alligevel (18). Robusthed er således et dynamisk begreb, som har vist sig at være et psykologisk værn mod stress og et mål for personens stress-coping evner (19-21). Stress har vist sig være forbundet med sårbarhed overfor multisygdom og dårlig prognose (22, 23).

Samtidig har borgere med højt stressniveau øget forbrug af sundhedsydelser i primær sektoren (22, 23).

Forbrug af hospitalsydelser

Længde af hospitalsindlæggelser i Danmark er i perioden fra 2008 til 2013 reduceret med 22 % for ældre (≥ 65 år) og med 15 % for de øvrige voksne (18-64 år)(24). Det øgede patientflow på hospitalerne udgør en risiko for udskrivelse af patienter med uløste problemstillinger og dermed risiko for genindlæggelser (25).

Risikoen for genindlæggelse indenfor 30 dage efter en akut indlæggelse for patienter i alderen +65 år er opgjort til 18,9 % (26). Risikofaktorer for genindlæggelser er multimorbiditet, polyfarmaci, socioøkonomiske faktorer og hyppige kontakter i sundhedsvæsenet, både indlæggelser og ambulante (26). Internationalt har man undersøgt forskellige screeningsværktøjer til at identificere patienter med risiko for genindlæggelse, men ikke fundet et egnet værktøj (27). I en dansk undersøgelse med inklusion af patienter over 65 år fandt man, at skrøbelighed var forbundet med øget risiko for genindlæggelse indenfor seks måneder efter en akut indlæggelse (28). Det har ikke været muligt at finde dokumentation for risikoen for genindlæggelser af patienter under 65 år. I et Cochrane systematisk review finder man holdepunkter for, at effektiv forebyggelse af genindlæggelser bør starte på hospitalet og fortsætte efter endt udskrivelse (29). Der peges desuden på, at et vigtigt element i forebyggelse af genindlæggelser er patientinvolvering (29). I det danske sundhedsvæsen har man tidligere iværksat tiltag for at forebygge genindlæggelser, men det har vist sig at være vanskeligt (30, 31). Tiltag som opfølgende hjemmebesøg, udgående geriatriiske opfølgning i hjemmet og styrket udskrivelse ved brug af video har vist at kunne reducere genindlæggelser (32-34).

Risikofaktorer forbundet med akut indlæggelse (index indlæggelsen, den primære indlæggelse) er derimod mindre belyst. Borgere med behov for kommunale sundhedsydelser er i øget risiko, men udgør ifølge en opgørelse kun 15 % af de akutte indlæggelser (38). I undersøgelsen fandt man også, at hyppige ambulante kontakter associeret med multisygdom og sygdomme i det kardiovaskulære system eller kræftsygdomme, gav øget risiko for akut indlæggelse (38).

Andelen af patienter med forløb i flere hospitalsklinikker er næsten fordoblet i Danmark de seneste 10 år (35). I et netop publiceret registerstudie fandt man, at i 2018 havde 3,6% af alle danske multisyge borgere forløb i to eller flere hospitalsklinikker, hvilket udgjorde 28% af alle ambulante hospitalskontakter (36). Flere hospitaler i Danmark afprøver fællesklinikker, hvor flere specialer er samlet, med det formål at skabe sammenhængende forløb, fx for borgere med type 2-diabetes og hjerte-karsygdom (37). Klinik for Åndenød blev etableret på Regionshospitalet Skive i 2018 og varetager sammedagsudredning af patienter henvist med åndenød. I Klinikken bliver patienten udredt både af en speciallæge i kardiologi og en speciallæge i lungemedicin, som udarbejder en fælles behandlingsplan. Langt de fleste afsluttes til egen læge mens kun få går videre i behandlingsforløb i enten Klinik for Lungesygdomme eller Hjerteklinikken. Om fællesklinikker reducerer det samlede forbrug af hospitalsydelser eller sundhedsydelser generelt og er kost-effektive er indtil videre ukendt.

Opfølgende hjemmebesøg

I Danmark har man indført et tilbud om opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospitalet. Målet hermed er at identificere ældre svækkede borgere, som er i risiko for

genindlæggelse og skabe sammenhængende patientforløb, tryghed og forebygge genindlæggelser (34, 38). I Region Midtjylland er der indført behovsscreening for opfølgende hjemmebesøg, som foretages i forbindelse med udskrivelse af en borger over 65 år og udvalgte borgere under 65 år (39). Opfølgende hjemmebesøg består af ét fælles besøg senest en uge efter udskrivelse med den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken i patientens hjem og kan suppleres med to opfølgende kontakter ved en praktiserende læge i 3. og 8. uge efter udskrivelsen (40). Undersøgelser peger på, at opfølgende hjemmebesøg kan nedbringe genindlæggelser indenfor de efterfølgende seks mdr., reducerer risikoen for medicinfejl, bedre opfølgning på epikrisens handleplaner og er omkostningseffektivt (34, 40, 41). Implementering af opfølgende hjemmebesøg har af forskellige grunde vist sig at være udfordrende (42-44). Et fagpanel har udarbejdet en række anbefalinger til sikring af god forløbskoordination ved opfølgende hjemmebesøg og peger bl.a. på god planlægning, vigtigheden af at egen læge deltager og deltagelse af en terapeut, hvor borgeren har et genoptræningsbehov eller funktionstab (45).

I projekt "Kom godt hjem" gennemført i Vestklyngen brugte man screeningsværktøjet for opfølgende hjemmebesøg til at identificere borgere, der skulle tilbydes udskrivelsesmøde via video (46). Med baggrund i projektets resultater anbefaler Sundhedsstyregruppen i Region Midtjylland fra efterår 2022 og fremadrettet, at der holdes fælles udskrivelsesmøde via video for sårbare/skrøbelige patienter med deltagelse af borger og pårørende, kommune, hospital samt evt. almen praksis, hvilket nu er under implementering.

Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme fik i 2019 mulighed for at iværksætte et kvalitetsudviklingsprojekt i samarbejde med Skive Sundhedshus, der har til formål at reducere hospitalskontakter for multisyge borgere ved at kvalitetsudvikle Skive Sundhedshus.

Rationale for delprojekt SKARB fase 1

Organisering af sundhedsvæsenet i specialer og sektorer udfordrer og udfordres af de multisyge borgere (3). Det er konklusionen i en hvidbog om multisyge udgivet i 2017 (2). I samme hvidbog anbefaler man at udvikle en national strategi for multisygdom, som tager hånd om multisyge borgere og patienternes behov, og sikrer at ressourcerne udnyttes optimalt (2). Det anbefales at fremme inddragelse af borgere og patienter i tilrettelæggelsen af ydelserne, således borgerne mødes på egne præmisser. Det nære sundhedsvæsen bør styrkes med muligheder og tilbud, som udvikles i tværsektorelle samarbejdsrelationer ud fra en populationsorienteret tilgang mellem kommune, almen praksis og hospital (2).

Med udgangspunkt i den somatiske del af sundhedsvæsenet ønskede vi i delprojektet SKARB fase 1, at beskrive multisyge borgere med forløb i minimum to hospitalsklinikker, som både kan have somatiske og psykiatriske diagnoser. Vi ville beskrive deres kontakter til sundhedsvæsenet i en periode på 180 dage med henblik på at danne et overblik over målgruppens nuværende forbrug for sundhedsydelser. Desuden vil vi undersøge, om nye og tidligere afprøvede værktøjer kan prædiktere genindlæggelser i målgruppen. Denne grundlæggende viden var nødvendig for at vi kunne pege på tværsektorielle indsatser, der vil kunne tage hånd om borgerens samlet behov for sundhedsydelser med det mål at nedbringe af akut og/eller elektiv behandling i sekundær sektoren. Viden fra fase 1 blev anvendt i projektets fase 2 til kvalitetsudvikling af Skive Sundhedshus.

Formål

Primære formål

Det primære formål med delprojekt SKARB fase 1 var at beskrive multisyge borger, som følges i to hospitalsklinikker, samt deres kontakter i hospitalssektoren og primær sektoren i perioden 180 dage efter inklusion.

Sekundære formål

A. At identificere multisyge borgere med forløb i to hospitalsklinikker, som var i øget risiko for genindlæggelse.

B. At danne et overblik over to mulige fællesklinikker til varetagelse af det samlede behandlingsforløb.

Metode

Design og inklusionskriterier

Delprojektet SKARB fase 1 var designet som en observationelt tværsnitsundersøgelse af multisyge borgere med forløb i minimum to hospitalsklinikker med opfølgende retrospektiv dataindsamling fra de danske sundhedsregistrere.

Egnede borgere var borgere fyldt 18 år, der talte og forstod dansk, ikke var diagnosticeret demens, vurderet til at have en restlevetid på mere end tre måneder og havde forløb i minimum to hospitalsklinikker med to af 30 kroniske tilstande, hvoraf minimum én kronisk tilstand blev fulgt på en medicinsk eller hjertemedicinsk klinik på Regionshospitalet Viborg-Skive.

Tabel 1. De 30 kroniske tilstande

17 Medicinske tilstande			
Hypertension	Thyroideasygdom	Astma	Kronisk iskæmisk hjertesygdom
Gastroøsofagal refluxsygdom	Diabetes	Kronisk obstruktiv lungesygdom	Irritabel tyktarmssyndrom
Funktionel eller opioid-induceret obstipation	Kronisk nyresygdom	Atrieflimmer	Hjertesvigt
Psoriasis eller eksem	Inflammatorisk tarmsygdom	Bronkiektasi	Viral hepatitis
Kronisk levercirrose			

13 Ikke-medicinske tilstande			
inklusive medicinske tilstande, der ikke følges på Regionshospitalet Viborg-Skive			
Depression	Angst og belastning-/tilpasningsreaktion inklusiv stress	Kræft	Apopleksi eller transitorisk cerebral iskæmisk (TCI)
Perifer vaskulær sygdom	Prostata sygdomme	Epilepsi	Skizofreni eller bipolær sindslidelse
Migræne	Anoreksi eller bulimi	Parkinson sygdom	Multiple sklerose
Rheumatoid arthritis, andre inflammatoriske polyartriter eller systemisk bindevævssygdomme			

De 30 kroniske tilstande, som indgik i vurdering af multisygdom, stammer fra en skotsk undersøgelse over de 40 hyppigste kroniske tilstande blandt normalbefolkningen og fremgår af tabel 1 (3). De 10 kroniske tilstande, som er undladt i tabel 1 og som inkluderende tilstande i nærværende projekt er ni "Andre kroniske tilstande", som i det danske sundhedsvæsen typisk ikke følges i hospitalsregi (kronisk smertetilstand, hørenedsættelse, symptomatisk ukompliceret divertikel, glaukom, blind/svagt syn, kronisk bihulebetændelse, indlæringsvanskeligheder, alkoholoverforbrug og misbrug af andre psykoaktive stoffer) samt demens, som var et eksklusionskriterie i projektet.

Procedure for rekruttering og inklusion

Egnede borgere blev fortløbende rekrutteret ved kontakt til én af følgende inklusionssteder:

- To almen praksis'er i Skive Kommune
- Skive Sundhedscenter, Pleje & Omsorg i hjemmet og plejeboliger, Skive Kommune
- Regionshospitalet Viborg-Skive (Medicinsk Afsnit 1, Medicinsk Afsnit 2 og Hjer-teafsnittet, Klinik for Nyresygdomme, Dialysen, Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme, Klinik for Mave-Tarmsygdomme, Klinik for Infektionssygdomme, Klinik for Lungesygdomme, Klinik for Hudsygdomme og Hjerteklinik Viborg-Skive).

På hvert inklusionssted blev udpeget en SKARB nøgleperson (uddannet sygeplejerske) med ansættelse i klinisk funktion på inklusionsstedet. SKARB nøglepersonen havde til opgave at screene borgere fortløbende i forbindelse med det kliniske arbejde. Hvis vedkommende fandt en borger egnet til projektet, var det SKARB nøglepersonens opgave at fremlægge projektet for borgeren mundtligt og skriftligt og indhente mundtligt og skriftligt samtykke. På Regionshospitalet Viborg-Skive tilkaldte SKARB nøglepersonen SKARB medarbejderen, som varetog inklusionen. SKARB nøglepersonerne i almen praksis og Skive Kommune varetog selv inklusionen af borgeren.

Inklusion af borgere fra hospitalsklinikkerne, almen praksis og kommunen skulle fortrinsvist foretages på dagen, hvor borgeren var fundet egnet, dog senest fem hverdage efter. Inklusion af egnede borgere indlagt på Regionshospitalet Viborg kunne foretages på udskrivelsesdagen eller dagen før udskrivelse. Det blev noteret i borgerens MidtEPJ (hospitalets dokumentationsprogram), at borgeren var inkluderet. MidtEPJ blev løbende opdateret med denne information for borgere inkluderet i almen praksis og kommunen, således dobbeltinklusion kunne undgås.

Rekruttering og inklusion var initialt planlagt til at foregå fra 1. november 2019 til 28. februar 2020. Grundet lav inklusionsrate blev det af Styregruppen besluttet at forlænge inklusionsperioden til 1. maj 2020. Midlertidig måtte alt inklusion ophøre d. 12. marts 2020, da COVID-19 brød ud. På det tidspunkt var der 230 borgere inkluderet i projektet. Da datagrundlaget var for lille til at besvare delprojektets formål blev det af Styregruppen besluttet at genoptage inklusion i SKARB fase 1 fra 1. september 2021 til 31. januar 2022. Da inklusionen havde vist sig at være særlig vanskelig i almen praksis og Skive Kommune, blev rekruttering og inklusion alene genoptaget på Regionshospitalet Viborg-Skive. Som hjælp til identifikation af egnede borgere blev der trukket en liste fra BI-portalen (Regionens datavarehus) over borgere, der havde forløb i minimum to hospitalsklinikker med de inkluderende tilstande. Listen blev gennemgået løbende af SKARB medarbejderen med henblik på at møde egnede borgere i klinikkerne ved planlagte fysiske fremmøder.

Alle SKARB nøglepersoner og projektmedarbejdere blev inden projektets start undervist i inklusionsproceduren og trænet i at vurdere de 30 kroniske tilstande. Desuden havde alle adgang til en skriftlig arbejdsgangsbeskrivelse med detaljeret beskrivelse af de 30 kroniske tilstande og proceduren omkring indsamling af fx spørgeskemadata og screening for opfølgende hjemmebesøg.

Dataindsamling ved inklusion og opfølgning

Ved inklusion blev borgerens personlige data indsamlet (civilstand, nuværende beskæftigelse, højest gennemførte uddannelsesniveau, forbrug af alkohol, tobak og andre psykoaktive stoffer og borgeroplyst forbrug af kommunale sundhedsydelser på inklusionstidspunktet). For hver af de 30 kroniske tilstande blev det anført, om borgeren havde diagnosen og hvem, der følger borgeren herfor. Denne information blev indhente fra journalen og suppleret med udsagn fra borgeren.

Tre værktøjer blev udfyldt med henblik på vurdering af, om disse er velegnet til at identificere borgere med risiko for genindlæggelse:

- Screening for opfølgende hjemmebesøg: Screeningsskemaet anvendes i Region Midtjylland til at udvælge hvilke borgere, der skal tilbydes opfølgende hjemmebesøg består af følgende parametre (39): 1. Varighed af nuværende indlæggelse (udgår ved ambulant inklusion), 2. Antal tidligere indlæggelser det seneste år, 3. Vurdering af helbred og funktionstab, 4. Ernæring (BMI), 5. Sygdom (indlæggelses-årsag/medicinske diagnoser), 6. Medicinering (antal faste receptpligtige præparater/medicinændringer), 7. Vurdering af kognitive forstyrrelser/problemer, 8. Misbrug, 9. Vurdering af evt. psykiatriske lidelsers betydning for borgerens situation og 10. Vurdering af, om borgeren kan mestre sin tilværelse. Screeningsskemaet udfyldes af SKARB-projektmedarbejderen.
- Robusthed: Spørgeskemaet Connor-Davidson resiliens-skala 10 (CD-RISC-10) blev udfyldt af borgeren. Skemaet er udviklet til at måle stress-og coping evner og består af 10 spørgsmål med svarafgivelse på en 5-point Likert skala fra 0 (passer slet ikke) til 4 (passer næsten hele tiden) (21). Den totale score går fra 0-40 og jo højere score, jo mere robust er borgeren (21).
- Skrøbelighed: Borgerne udfyldte Tilburg Frailty Indicator (TFI), som er et spørgeskema udviklet til at vurdere selvrapporteret skrøbelighed hos patienter over 75 år (47). Skemaet består af 15 spørgsmål, der er oversat til dansk og tager ca. 10 minutter at udfylde (48).

De indsamlede inklusionsdata blev løbende i inklusionsperioderne gennemgået for manglende data af projektleder. Ved manglende data blev SKARB medarbejderen bedt om at indhente den manglende variabel, hvis det var muligt.

Statistiske analyser

Til beskrivelse af de inkluderede borgers karakteristika er der brugt deskriptiv statistik (frekvens, procenter, gennemsnit med standard deviation eller median med interkvartil interval). Det samlede antal kontakter til sundhedsvæsenet (indlæggelse, genindlæggelse, fysisk ambulant fremmøde etc.) er undersøgt for, om data er normalfordelte (i givet fald vil medianen være lig gennemsnittet). Hvis dette ikke er tilfældet, er gennemsnit og standard deviation oplyst alligevel for antal af kontakter, hvor median vil anses for mindre oplysende. I

givet fald vil det fremgå af resultaterne, at data ikke er normalfordelte og dermed skal tolkes med forsigtighed.

Udregning af score ved screening for opfølgende hjemmebesøg blev gjort som beskrevet i den regionale retningslinje (39). Udregning af CD-RISC-10 scoren udregnes jf. den tilhørende manual (21). Gennemsnitsscoren for en rask befolkningskohorte blev målt til 29, hvorfor grænseværdien er fastlagt til <29 for ikke-robuste borgere (49). Vurdering ift. skrøbelighed på TFI skalaen følger vejledningen for spørgeskemaet, hvor det er defineret, at en borger med en score på ≥ 5 angives skrøbelig (47). Til vurdering af risiko for genindlæggelse er der anvendt logistisk regression, som vil blive præsenteret sammen med 95% konfidensinterval og markering ved signifikans (p -værdi <0.05).

Data indsamlet i REDCap er analyseret i MidtX og efterfølgende sammenkørt med registerdata på Sundhedsdatastyrelsens Forskermaskine. (Analyserne er foretaget ved brug af statistiskprogrammet STATA).

Registerdata

Forbrug af sundhedsydelser i hospitalssektoren og primær sektoren blev indsamlet fra Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret og Sygesikringsregisteret. Landspatientregisteret overgik i 2018 til en ny datastruktur kaldet Landspatientregister 3 (LPR3). Dataudtræk var derefter muligt via en midlertidig datamodel, som siden er blevet permanent (LPR3_F). LPR3 er kontaktbaseret, hvilket for projektet betyder, at det ikke er fastlagt, hvornår en kontakt til hospitalsvæsenet karakteriseres som en ambulant kontakt contra en indlæggelse/genindlæggelse.

I 2020 var der kun sparsomme erfaringer med at analysere LPR3 data og der var ingen standard definitioner for indlæggelse og ambulante kontakter. For at imødekomme denne udfordring samt imødekomme det samlede projekt SKARBs behov for viden til etablering af den intervention, der skulle udvikles og afprøves i delprojekt 2 (interventionsfasen), blev der foretaget en foreløbig analyse i november 2020. Analysen blev gentaget med alle inkluderede borgere i efteråret 2022.

Følgende registre og tabeller/variabler indgik for hver borger:

Register	Tabeller/variabler
Landspatientregister 3 den midlertidige datamodel indeholder informationer om undersøgelser og behandlinger på offentlige danske sygehuse	Diagnose, Diagnose_tillaeg, Forloebelement, Kontakt, Opholdsadresse, Procedurer, Procedurer_tillaeg, Skskode og Sor_complete
Dødsårsagsregisteret indeholder oplysninger om alle dødsfald	t_dodsarsag_2: Dødsårsag, -måde, -sted, -dato og medvirkende årsag. Umiddelbar dødsårsag, medvirkende dødsårsag og tilgrundlæggende dødsårsag.
Sygesikringsregisteret indeholder oplysninger om afregning af sygesikringsydelser mellem regionerne og ydere under sygesikringen	t_ssr: Antal ydelser, markør for sikredes barn, behandlingsdato, kontakt, tidspunkt for hvornår ydelsen ydes, ydelseskode og yderens speciale t_ydelser: Yderens speciale, ydelseskode for ydelsen, kort og lang beskrivelse af ydelsen, start og slutdato.

Det endelige registerdatatrækket blev foretaget 8 måneder efter den sidste borger var inkluderet (september 2022) med henblik på at sikre, at alle leverede ydelser i den opfølgende periode på 180 dage indgik i datatrækket.

Definitioner på ambulante kontakter, indlæggelser/genindlæggelser og indlejret kontakter fremgår af bilag 1 sammen med information om, hvilke aktionsdiagnoser, der indgår i resultaterne. Vi har valgt at definere en indlæggelse som en samlet kontakt til et hospital på mere end 12 timer og har dermed taget højde for, at kontakten kunne foregå i to afsnit fx på Akutafdelingen og i Medicinsk Afdeling. Hvis borgeren er inkluderet dagen før en udskrivelse blev udskrivesdatoen defineret til at være inklusionsdagen. Den kontakt, som borgeren er inkluderet på og evt. efterfølgende kontakter på inklusionsdagen, tæller ikke med i opfølgningen.

Da formålet med delprojektet er at beskrive de inkluderede borgers samlede forbrug af sundhedsydelser, har vi valgt at inddrage ambulant fysisk fremmøde/virtuelle kontakter gennemført under indlæggelse (indlejret kontakter), fx hvis en ekkokardiografi blev udført på Hjertesygdomme under en indlæggelse for et hoftebrud.

Gennemførlighed

For at vurdere gennemførligheden og datagrundlaget for projektet blev der d. 3. december 2019 foretaget et datatræk fra BI-portalen over antallet af borgere, der opfyldte projektets diagnostiske inklusionskriterier i form af at have forløb i minimum to hospitalsklinikker med to ud af 30 kroniske tilstande, hvoraf minimum én kronisk tilstand følges på en medicinsk eller hjertemedicinsk klinik på Regionshospitalet Viborg-Skive. Her fandt vi, at 1.393 borgere opfyldte det kriterie og 385 af dem havde bopæl i Skive Kommune.

Det fornødne antal borgere, der skulle inkluderes i projektet, blev fastsat ud fra målet om at teste to forklarende variabler ved logistisk regression for genindlæggelser (sekundært endepunkt). I et dansk registerforskningsstudie fandt man en 30 dages genindlæggelsesrate på 18,9 % for borgere over 65 år (26). Vi er ikke bekendt med tilsvarende data for borgere under 65 år. Det skønnes således, at 18,9 borgere pr. 100 inkluderede borgere fra sengeafsnittene vil blive genindlagt. Der er behov for 15 events (genindlæggelser indenfor 30 dage) pr. forklarende parameter, som ønskes undersøgt. Dvs. der skal inkluderes 80 borgere fra sengeafsnittene for hver forklarende variable, hvilket gør, at det fornødne antal borgere inkluderet fra sengeafsnittene blev 160. Det fornødne antal borgere inkluderet fra hospitalsklinikker, Skive Kommune og almen praksis blev fastsat på samme måde, men det vurderes, at risikoen for indlæggelse 30 dage efter en ambulant kontakt er lavere end for indlagte og skønnes til 10 borgere pr 100 inkluderede. Således skal der inkluderes 1,89 gang så mange ambulante borgere, svarende til 150 borgere for hver forklarende variabel og dermed et fornødne antal borgere 300, som blev fordelt ligeligt mellem de medicinske/hjertemedicinske klinikker, Skive Kommune og almen praksis. Det samlede mål for inklusion var derfor 460 borgere.

I 2018 blev 8.453 borgere udskrevet fra Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme, Regionshospitalet Viborg og Hospitalet varetog tilsammen 65.915 ambulante kontakter i de medicinske og hjertemedicinske klinikker. Borgergrundlaget vurderes derfor tilstrækkeligt til rekruttering af de fornødne antal borgere inden for de fastsatte fire måneder. De to deltagende lægehuse har tilknyttet ca. 9.800 borger. Det skønnes at ca. 10 borgere pr. praktiserende

læge vil være egnet til projektet, hvorfor inklusion af 100 borgere var optimistisk. Der blev arbejdet på at engagere endnu et lægehus fra Skive Kommune i projektet, hvilket ikke lykkedes. Skive Kommune skønnede det realistisk at inkludere 100 borgere.

Selvom der er at gøre med en gruppe af borgere med flere kroniske sygdomme blev antallet af manglende data i den opfølgende periode, da borgere med en forventet restlevetid under 3 mdr. ikke indgår i projektet. I tilfælde af død eller udvandring fra Danmark (ophørt dansk borgerskab) i opfølgingsperioden indgik den pågældende borger så længe borgerens kontakter blev registreret i de danske sundhedsregistre.

Etik, jura og datasikkerhed

Før indsamling af personfølsomme data skulle borgeren give skriftligt og mundtligt samtykke til deltagelse. Jf. Helsinki-deklarationen byggede deltagelse i projektet på frivillighed og borgeren kunne til enhver tid trække sit samtykke tilbage uden konsekvenser for borgerens videre behandlingsforløb. Ved underskrift på samtykkeerklæringen gav borgeren lov til, at der måtte videregives personfølsomme oplysninger fra elektroniske journalsystemer. Tilladelse til at gøre opslag i BI-portal, MidtEPJ og Fælles Medicinkort (FMK) blev indhentet fra Hospitalsledelsen Hospitalsenhed Midt.

Projektet er registreret på Region Midtjyllands interne fortegnelse for forskningsprojekter (tidligere Datatilsyn) med projektansvarlige i Region Midtjylland Anne Dorthe Bjerrum som anmelder (sagsnr.: 1-16-02-225-19).

De Videnskabsetiske Komiteer for Region Midtjylland blev forespurgt ift. om projektet er anmeldelsespligtig til komiteen (Sagsnr. 1-10-72-148-19). Svar herfra lød, at projektet består af bearbejdning af registerdata / interview og da der ikke indgår forsøgspersoner eller biologisk materiale er projektet undtaget fra anmeldelse i medfør af komitéloven § 14, stk. 2 (Lovbekendtgørelse nr. 1083 af 15. september 2017 om bekendtgørelse af lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter).

Til indsamling og opbevaring af inklusionsdata fra borgerne blev projektet optaget ved Klinisk Institut Århus Universitet og en REDCap database administreret derfra blev anvendt. Projektet gik dermed ind under den årlige fællesanmeldelse (fortegnelse) over forskningsprojekter mellem Region Midtjylland og Århus Universitet. REDCap software er en internetbaseret electronic data capture platform, hvor data inddateres via en krypteret forbindelse og opfylder gældende krav til datasikkerhed med fuld logging på alle inddateringer og ændringer (47).

CD-RISC10 skemaet er underlagt copyright. Forud for projektstart blev der indgået en kontrakt med udvikleren omkring anvendelse af skemaet til projektet. Efter aftale med oversætteren af det danske TFI skema, kan TFI skemaet anvendes frit.

Der blev indgået samarbejdsaftaler og databehandlaftaler mellem Region Midtjylland og de samarbejdende inklusionssteder (Skive Sundhedshus, Pleje & Omsorg i Skive Kommune og for hver af de inkluderede lægehuse) omkring gennemførelse af delprojektet inklusiv adgang til dataindtastning i REDCap. Hver bruger af REDCap havde alene adgang til de fornødne personfølsomme data tilhørende egen sektor (Region, Kommune eller en af de inkluderede lægehuse). Fx havde en praksissygeplejerske kun adgang til personfølsomme data i REDCap på borgere, som var inkluderet i den praksis, hvor praksissygeplejersken var ansat.

Det blev indgået en aftale om dataadgang til Sundhedsdatastyrelsen Forskermaskine mellem den dataansvarlige institution Region Midtjylland ved Anne Dorthe Bjerrum og Sundhedsdatastyrelsen. Aftalen lød på løbende opdatering af data, således det var muligt at lave en foreløbig dataanalyse i 2020 og en endelig dataanalyse i 2022. Databehandlingen blev foretaget i henhold til den generelle databehandleraftale mellem Region Midtjylland og Forskerservice vedrørende forskningsprojekter på Forskermaskinen, Sundhedsdatastyrelsen (journalnummer: 1-52-81-128-16).

Efter indgåelse af kontrakt med DEFACTUM blev alt dataanalyse foretaget af datamanager fra DEFACTUM med anvendelse af DEFACTUMs adgang til Forskermaskinen. Samkørsel af data fra REDCap og registrene blev foretaget på Sundhedsdatastyrelsens Forskermaskine. Den statistiske analyseplan for projektet har været drøftet med Biostatistical Advisory Service (BIAS) ved Aarhus Universitet og analyse af Landspatientregisterdata har været drøftet datastøttecenter i Region Midtjylland CONNECT.

Ejer af de indsamlede data er Region Midtjylland som institution. Rettighederne til brug af data har de projektansvarlige. Såfremt andre end de to projektansvarlige ønsker at anvende data til et andet formål end det beskrevet i nærværende projektbeskrivelse skal det fremlægges og godkendes af begge projektansvarlige.

Kommunale data

Oplysninger om forbrug af sundhedsydelser i kommuner fremgår ikke af de nationale sundhedsregistre. Da denne viden indgår i det primære formål af projektet anses det for vigtigt at supplere med denne information for de inkluderede borgere, hvilket alene vil kunne foregå via indhentning af data fra Nexus (det kommunale dokumentationsprogram). Der blev derfor iværksat et delprojekt med formålet at beskrive multisyge borgere inkluderet i SKARB fase 1s kommunale henvisninger og kontakter til kommunale sundhedsydelser.

Midlertidig viser det sig, at det samtykke, borgerne har indgået ved inklusion ikke er dækkende til at indhente data fra Nexus. Det ansås for tidsmæssigt og praktisk umuligt at indhente fornyet samtykke fra de borgere, som er inkluderet i Skive Kommune, hvorfor der var to muligheder for at indhente de ønskede data, som blev forfulgt:

1. Ansøge Regionen om tilladelse til at få data fra Nexus videregivet

Ansøgningen blev behandlet af Regionen med afslag, da man anser projekt SKARB som et kvalitetssikringsprojekt, som ikke er omfattet af Region Midtjyllands kompetencer efter sundhedsloven § 46, stk. 2 om forskningsprojekter.

2. Ændre registreringen på den interne fortegnelse over forskningsprojekter

ved at tilføje, at der vil ske videregivelse af oplysninger fra forskningsprojektet til et kvalitetsprojekt. Dette viste sig ikke at være en mulighed efter gennemgang af deltagerinformationen, som borgerens samtykke var baseret på. Her fremgik "*De oplysninger, som vi indsamler omkring dig i undersøgelsen bliver kun kendt for lægefaglige projektleder Lene Kongsgaard Nielsen og studiesekretariatet.*" Det var derfor ikke muligt at opnå tilladelse til at videregive data til et kvalitetsprojekt.

Derfor var det ikke mulighed at arbejde videre med det kommunale delprojekt, som blev nedlagt.

Resultater

I den første inklusionsperiode fra 1. november 2019 til 12. marts 2020 blev 230 borgere inkluderet i projektet. I genoptagelsesperioden fra 1. september 2021 til 31. januar 2022 blev yderligere 241 borgere inkluderet, således det samlede kohorte udgør 471. 126 af de 471 borgere havde bopæl i Skive Kommune.

Alle resultater fremgår af bilag 2 for hele borgergruppen og i bilag 3 for gruppen af borgere med bopæl i Skive Kommune.

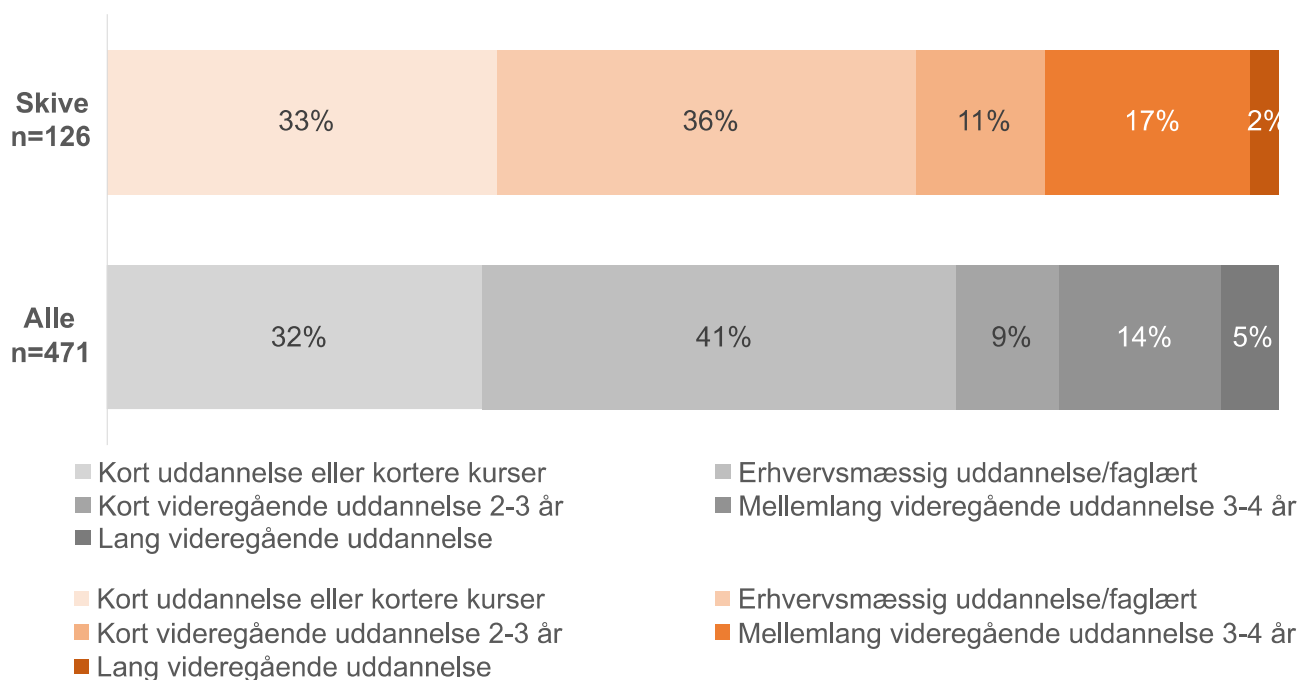
15 borgere blev inkluderet fra almen praksis, 10 fra Skive Kommune, 353 fra de medicinske og hjertemedicinske klinikker og 93 i forbindelse med indlæggelse. 15 af de inkluderede borgere registreret som døde i den opfølgende periode i Dødsårsagsregisteret. Borgernes gennemsnitsalder var 67,4 år (standard afvigelse 12,5), hvoraf 36% var 65 år eller yngre og 40% boede alene.

Alkohol, tobak og misbrug

Ni procent af den samlede borgergruppe havde et alkoholoverforbrug defineret ved mere end 7 genstande/uge for kvinder og mere end 14 genstande/uge for mænd. 15 % var daglige rygere og 2% af de inkluderede borger blev vurderet til at have et moderat eller væsentligt misbrug af alkohol eller andre misbrugsstoffer. Se i øvrigt tabel 2 i bilag 2 og 3.

Uddannelse og beskæftigelse

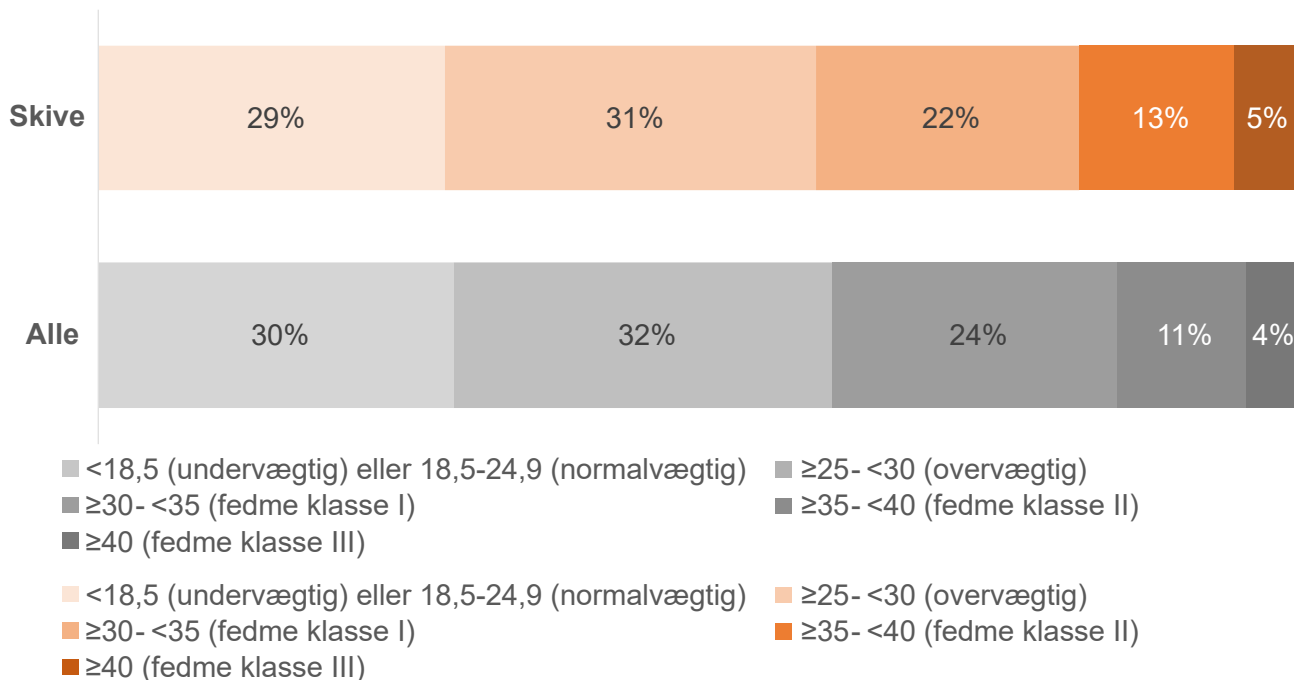
Fordeling af højest gennemførte uddannelse for den samlede borgergruppe og borgerne med bopæl i Skive Kommune fremgår af figur 1 og tabel 1 i bilag 2 og 3. 73% af den samlede borgergruppe havde enten en kort eller erhvervsmæssig uddannelse og 17% var i beskæftigelse.



Figur 1. Fordeling af højest gennemført uddannelsesniveau

Overvægt

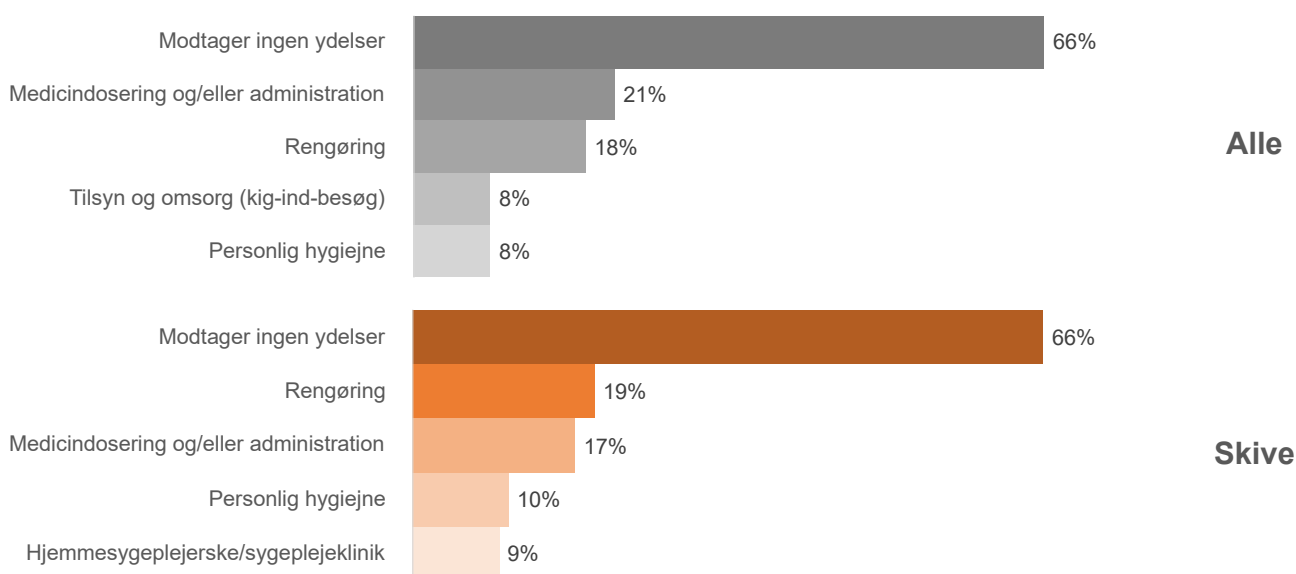
181/471 (39%) borgere tilhørte kategorien fedme defineret som body mass index (BMI) ≥ 30 . Tilsvarende andel af borgere med bopæl i Skive Kommune var 50/126 (40%). Se i øvrigt figur 2 og tabel 4 i bilag 2 og 3.



Figur 2. Fordeling af body mass index

Forbrug af kommunale sundhedsydelser på inklusionstidspunktet

Af figur 3 fremgår fordeling af forbruget af kommunale sundhedsydelser på inklusionstidspunktet, som borgeren oplyste ved inklusionssamtalen. Både for den samlede borgergruppe og for borgergruppen med bopæl i Skive Kommune modtog 66% af borgerne Ingen kommunale sundhedsydelser.

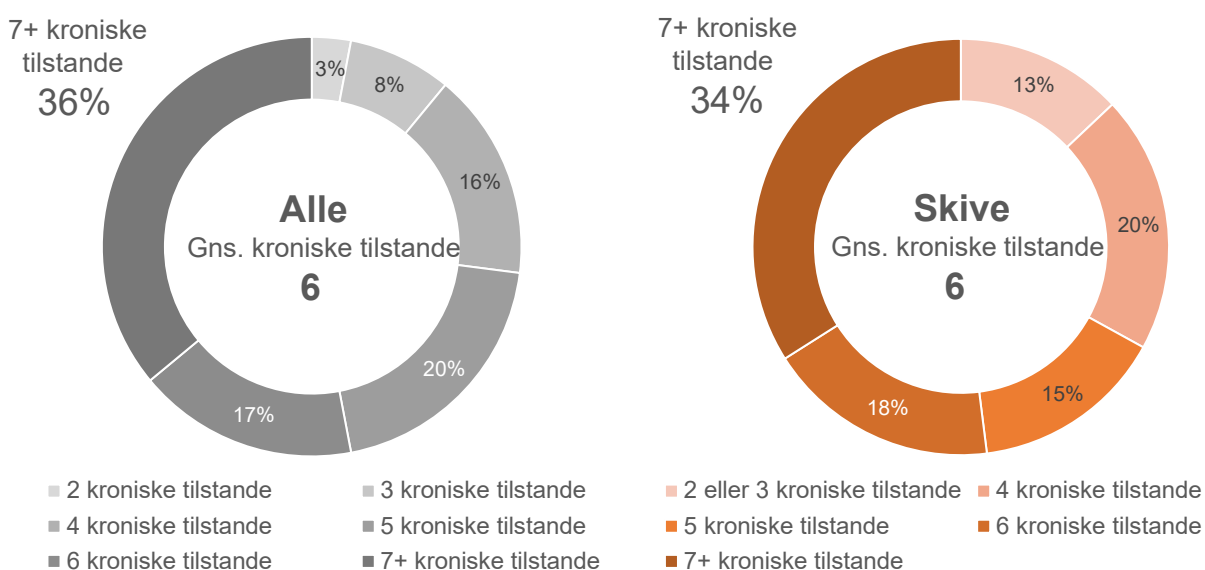


Figur 3. Selvrapporteret forbrug af kommunale ydelser på inklusionstidspunktet

Borgernes kroniske tilstande

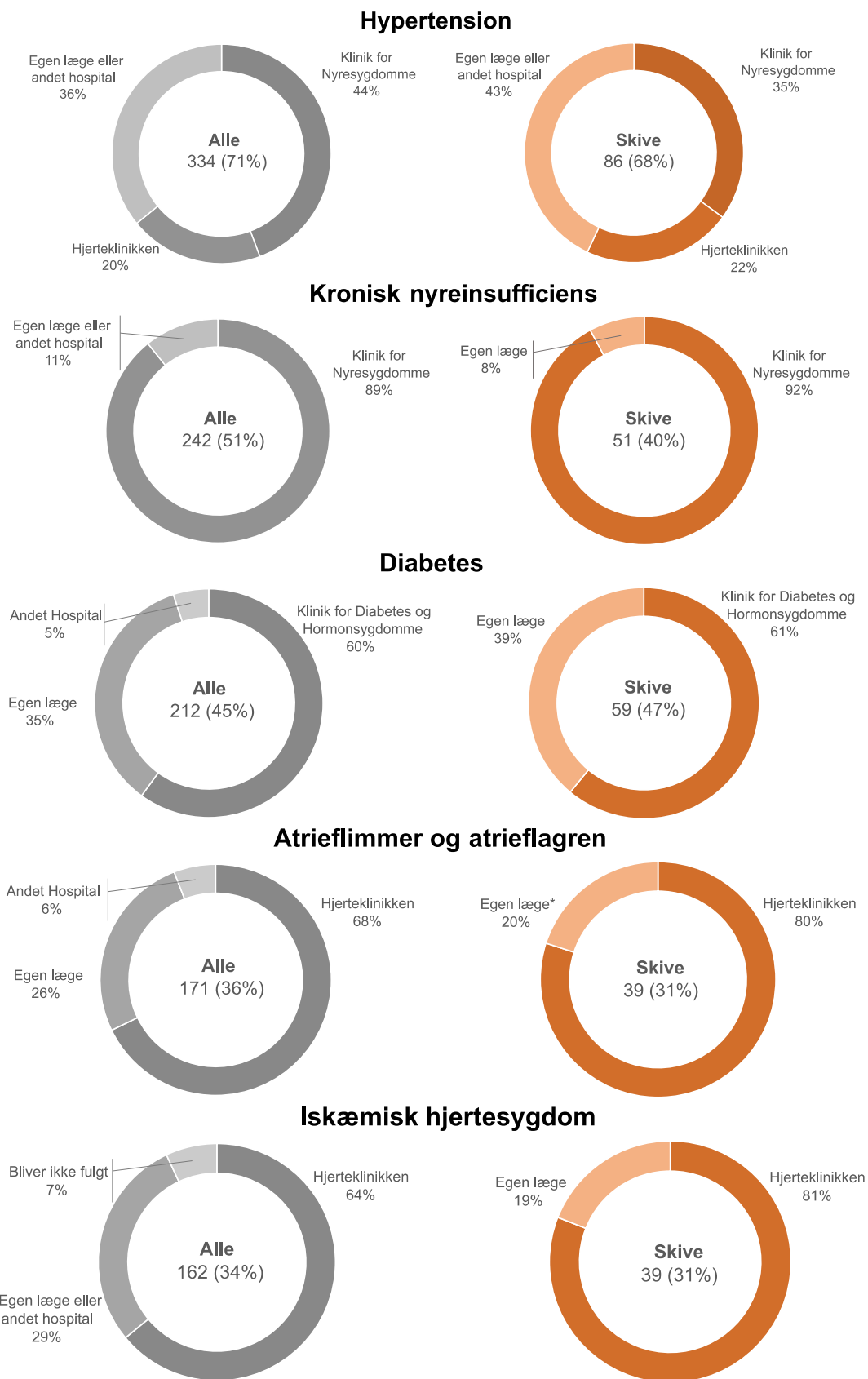
Den samlede borgergruppe havde i gennemsnit 6 kroniske tilstande (standard afvigelse 2,29) ud af de 39 diagnoser, der blev indsamlet data på (13 medicinske, 17 ikke medicinske og 9 andre kroniske tilstande), hvor 171/471 borgere (36%) havde 7 eller flere af de 39 kroniske tilstande. Et lignende billede gjorde sig gældende i gruppen af borgere med bopæl i Skive Kommune, hvilket også fremgår af figur 4 og tabel 11 i bilag 2 og 3.

Medicinske tilstande er defineret ved de kroniske medicinske tilstande, der på Hospitalsenhed Midt følges i medicinske eller hjertemedicinske klinikker på Regionshospitalet Viborg-Skive. Resten er defineret som ikke-medicinske tilstande, hvor gigtsygdomme indgår, da disse tilstande følges på Regionshospitalet Silkeborg.



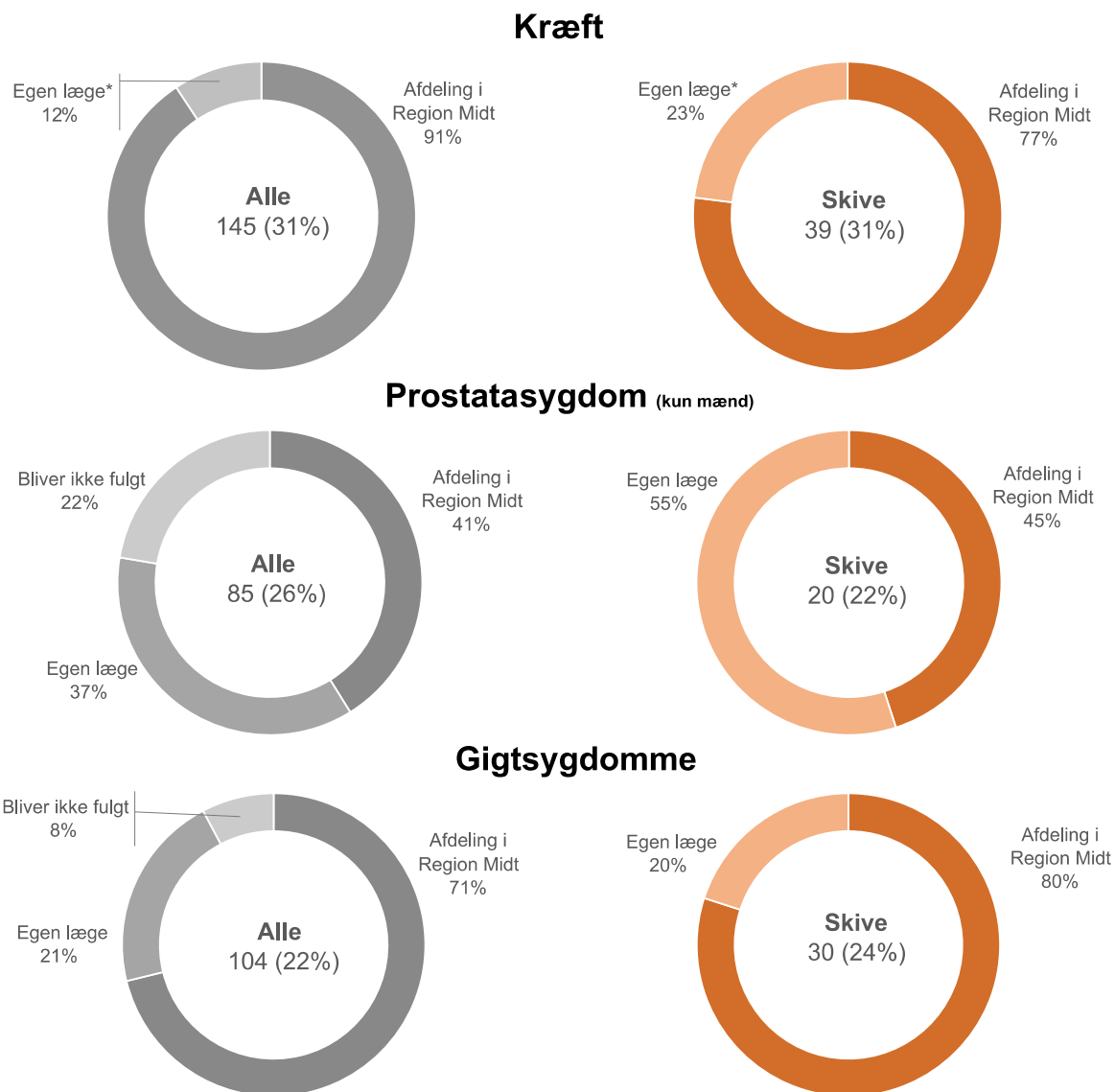
Figur 4. Fordeling af borgere med 2,3,4,5,6 og 7+ kroniske tilstande

De tre hyppigste kroniske medicinske tilstande i en samlet borgergruppe var hypertension (71%), kronisk nyreinsufficiens (51%) og diabetes (45%). Af figur 5 fremgår de fem hyppigste kroniske medicinske tilstande for den samlede gruppe sat over for gruppen af borgere med bopæl i Skive Kommune. Desuden fremgår det af figuren, hvor borgeren bliver fulgt for den kroniske tilstand på inklusionstidspunktet. For de fleste tilstande har det ikke været muligt at præsentere andelen af borgere, der blev fulgt på et andet hospital for den pågældende kroniske tilstand alene, hvorfor denne kategori er slået sammen med egen læge. Se i øvrigt tabel 8 i bilag 2 og 3 for hyppigheden af de kroniske medicinske tilstande med angivelse af, hvor borgerne bliver fulgt for den pågældende tilstand.



Figur 5. De fem hyppigste kroniske medicinske tilstande med fordeling af, hvor borgerne bliver fulgt. Medicinske tilstande udgør de tilstande, som følges i Medicinsk Afdeling eller Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive (RH Viborg-Skive).

De hyppigste kroniske ikke-medicinske tilstande var kræft (31%), prostata sygdom (26%) og gigtsygdomme (22%), som også fremgår af figur 6 sammen med fordeling af, hvor borgerne bliver fulgt for tilstanden. Fordeling af de øvrige 10 kroniske ikke-medicinske tilstande fremgår af tabel 9 bilag 2 og 3.



Figur 6. De tre hyppigste ikke-medicinske tilstande med fordeling af, hvor borgerne bliver fulgt. Ikke-medicinske tilstande udgør kroniske medicinske tilstande, der ikke følges på Regionshospitalet Viborg-Skive og kroniske tilstande, der følges i andre end klinikker end medicinske. *det var muligt at afkrydse flere behandlingssteder ved forløb for kræft både på en urologisk afdeling og egen læge.

82% (386/471 borgere) blev parallelt med deres forløb i ≥ 2 hospitalsklinikker også fulgt i almen praksis for én eller flere af de 39 kroniske tilstande, som indgår i projektet.

Indlæggelser, genindlæggelser og operationer

I den samlede borgergruppe var der 370 indlæggelser i den opfølgende periode på 180 dage. Fordelingen mellem akutte og planlagte indlæggelser var 294/76. 160/370 var genindlæggelser, dvs. 43% af de indlæggelser, borgergruppen havde var genindlæggelser.

Den tilsvarende andel af genindlæggelser i gruppen af borgere fra Skive Kommune var 47/97 (48%). For den samlede borgergruppe var de 160 genindlæggelser fordelt på 84 borgere, hvoraf 21 havde tre eller flere genindlæggelser. Af den samlede gruppe havde 45 borgere én eller flere indlæggelser, der varede under 48 timer og 60 borgere havde én eller flere indlæggelser, der varede 10 eller flere døgn. Se i øvrigt tabel 1 og tabel 12 i bilag 2 og 3.

De tre hyppigste aktionsdiagnoser for indlæggelserne i den samlede borgergruppe var *Sygdomme i kredsløbsorganer* (70 indlæggelser), *Sygdomme i åndedrætsorganer* (57 indlæggelser) og *Sygdomme i urin- og kønsorganer* (44 indlæggelser). Se i øvrigt tabel 13 bilag 2 og tabel 13 bilag 3 for gruppen af borgere med bopæl i Skive Kommune.

Tabel 1. Indlæggelser, sengedage og genindlæggelser i opfølgingsperioden på 180 dage

	Alle borgere (i alt 471)	Borgere fra Skive Kommune (i alt 126)
Antal indlæggelser i alt	370	97
Antal borgere med indlæggelse i løbet af de 180 dage	190	50
Median antal indlæggelser af borgere med indlæggelse (IQR)	1(1)	1 (1)
Antal borgere med indlæggelser		
Borgere med 0 indlæggelse	281	76
Borgere med 1 indlæggelse	103	31
Borgere med 2 indlæggelser	45	9
Borgere med 3-4 indlæggelser	30	5
Borgere med > 4 indlæggelser	12	5
Antal sengedage	1789	375
Sengedage pr. indlagt borger median (IQR)	6 (10)	4,3 (7,5)
Borgere med <2 døgn indlæggelse	45	9
Borgere med 2 til <5 døgn indlæggelse	44	17
Borgere med 5 til <10 døgn indlæggelse	41	12
Borgere med 10+ døgn indlæggelse	60	12
Antal genindlæggelser i alt	160	47
Antal borgere med genindlæggelse i løbet af de 180 dage	84	25
Median antal genindlæggelser af borgere med genindlæggelse (IQR)	1(1,5)	1(1)
Borgere med 1 genindlæggelse	44	14
Borgere med 2 genindlæggelser	19	5
Borgere med ≥3 genindlæggelser	21	6
Genindlæggelsesrate	43%	48%

Operationer er defineret som aktiviteter enten klassificeret som operationer, procedurekode og tillægskode. Den samlede borgergruppe fik foretaget 560 operationer i opfølgingsperioden, hvoraf 109 var akutte og 451 var planlagte. Gennemsnittet antal operation pr. borger var 1,19* (standard afvigelse 2,19).

*Gennemsnittet skal tolkes med forsigtighed, da data ikke er normalfordelte.

389/570 operationer (68%) blev foretaget ambulant og 171/570 (32%) blev foretaget under indlæggelse. Den hyppigste klassifikation af operationer var *Endoskopier gennem naturlige og*

kunstige legemsåbninger, som blev foretaget 135 gange med fordeling 18 akutte og 117 planlagte procedurer. Se i øvrigt tabel 14 bilag 2 og bilag 3.

Ambulante hospitalskontakter

Den samlede borgergruppe havde 4.393 ambulante hospitalskontakter i opfølgingsperioden fordelt som det fremgår af tabel 2, hvilket i gennemsnit er en ambulante hospitalskontakt hver 19. dag* per borger. Derud over var der 2169 ambulante fysiske fremmøder til hæmodialyse ved kronisk nyresygdom (DJFD20), hvoraf alle var planlagte ambulante fysiske fremmøder. Det har ikke været muligt at indhente antallet af kontakter på hospitalet eller via mobillab til blodprøvetagning eller elektrokardiogram (ekg), som derfor ikke indgår i opgørelsen.

*Gennemsnittet skal tolkes med forsigtighed, da data ikke er normalfordelte. 22 borger havde ingen ambulante hospitalskontakter i opfølgingsperioden.

Kun få ambulante fysiske fremmøder var akutte (3%), hvorimod 44% af virtuelle kontakter var akutte. Anvendelse af videokonsultationer var yderst begrænset (<5). Fremmøde til billeddiagnostik udgjorde 17% af de ambulante hospitalskontakter.

Tabel 2. Ambulante hospitalskontakter i opfølgingsperioden på 180 dage

	Antal kontakter for alle borgere (fordelt på antal borgere)	Antal kontakter for borger fra Skive Kommune (fordelt på antal borgere)
Ambulante hospitalskontakter i alt	4393 (449)	1186 (114)
Ambulante fysisk fremmøde	3066 (443)	799 (112)
Virtuelle kontakter*	1295 (324)	373 (92)
Udekontakt	32 (22)	14 (9)
Billeddiagnostik ¹	755 (307)	198 (76)

*Virtuelle kontakter kan både være telefonkonsultationer og videokonsultationer. Procedurekoden for videokonsultationer (BVAA33D) er anvendt <5 gange og de resterende virtuelle kontakter havde procedurekoden telefonkonsultationer (BVAA33A).

¹Hvis borgeren har fået udført flere billeddiagnostiske undersøgelser med samme billeddiagnostisk modalitet (fx røntgen af hofte **og** knæ) ved samme kontakt tælles det som én billeddiagnostik undersøgelse. Billeddiagnostiske undersøgelser udført under indlæggelse fremgår ikke af denne tabel.

De tre hyppigste årsager til ambulante fysisk fremmøde for den samlede borgergruppe var *Andre særlige undersøgelser af personer uden klager eller diagnoser* (538 ambulante fysiske fremmøder), *Sygdomme i urin- og kønsorganer* (426 ambulante fysiske fremmøder) og *Sygdomme i kredsløbsorganer* (363 ambulante fysiske fremmøder). Se tabel 16 bilag 2 og tabel 16 bilag 3 for gruppen af borgere med bopæl i Skive Kommune.

De tre hyppigste årsager til virtuelle kontakter var *Sygdomme i kredsløbsorganer* (202 virtuelle kontakter), *Sygdomme i urin- og kønsorganer* (191 virtuelle kontakter) og *Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme* (183 virtuelle kontakter). Se tabel 17 bilag 2 og tabel 17 bilag 3 for gruppen af borgere med bopæl i Skive Kommune.

Kontakter i primær sektoren

Opgørelsen over kontakter i primær sektoren udgør kontakter til almen praktiserende læge i dagtid og vagttid (vagtlæge) og kontakter til privatpraktiserende speciallæge og øvrige specialer tilknyttet den offentlige sygesikring. Kontakter til det kommunale sundheds- og socialvæsen indgår ikke, da disse oplysninger ikke kan indhentes fra de nationale sundhedsregistre, og det lykkes ikke at gennemføre delprojektet med indhentningen af disse

oplysninger fra det kommunale dokumentationssystem Nexus for de inkluderede borgere med bopæl i Skive Kommune.

Borgergruppen havde i alt 3.423 grundydelseskontakter til almen praksis i dagtid, hvilket i gennemsnit er en kontakt hver 24. dag* per borger. 35 % (1196/3417) af disse var konsultationer med fysisk fremmøde, 913 (26 %) var telefonkonsultationer og 959 var E-konsultationer med enten borgeren (871) eller kommunen (88). Desuden blev kronikerprogram-ydelsen for KOL/diabetes, KOL eller diabetes anvendt 1.216 gange. Der blev ikke foretaget videokonsultationer eller videokonferencer med eller om de inkluderede borgere i opfølgingsperioden. Antallet af opfølgende hjemmebesøg (1. kontakt) var 6 for den samlede gruppe borgere. Ingen af de opfølgende hjemmebesøg havde en 2. eller 3. kontakt. Se i øvrigt tabel 19 i bilag 2 og bilag 3.

*Gennemsnittet skal tolkes med forsigtighed, da data ikke er normalfordelte og 83 borger havde ingen grundydelseskontakter i dagtid ved praktiserende læge.

Den samlede borgergruppe havde 51 konsultationer ved vagtlægen og 237 telefonkonsultationer, hvoraf 91 var med efterfølgende besøg eller konsultation. Der blev gennemført <5 videokonsultationer med vagtlæge. Se i øvrigt tabel 20 i bilag 2 og bilag 3. Den hyppigste konsultation med en privatpraktiserende speciallæge var ved øjenlæge (307 konsultationer) og næst hyppigste var øre-næse-halslæge (130 konsultationer). Vederlagsfrit fysioterapi blev anvendt 1.669 gange af 27 af de inkluderede borgere. Næst hyppigste var tandlægebesøg (887 konsultationer) og herefter fysioterapi (648 konsultationer). Borgerne havde ikke et forbrug af sundhedsydelsen "genoptræning". Se i øvrigt tabel 21 bilag 2 og bilag 3, som ikke er udtømmende, men indeholder udvalgte øvrige ydere under sygesikringen.

Identifikation af multisyrge borgere med risiko for genindlæggelse

41/93 (44%) af de borgere, der blev inkluderet under indlæggelse havde en score for opfølgende hjemmebesøg på ≥ 23 og skal jf. Region Midtjyllands retningslinjer tilbydes et opfølgende hjemmebesøg. Vi undersøgte, om screeningsværktøjet for opfølgende hjemmebesøg er i stand til at identificere borgere med risiko for genindlæggelse i vort datamateriale. Det viste sig, at borgere, der var inkluderet under indlæggelse og scorede ≥ 23 ved screening for opfølgende hjemmebesøg havde 2,98 gange større risiko (95% konfidensinterval 1,59 – 5,60) for genindlæggelse ift. de borgere, som havde en score under 23 ved screening for opfølgende hjemmebesøg. Eftersom der kun blev gennemført 6 opfølgende hjemmebesøg (og vi har ikke kendskab til, om det var efter primær indlæggelsen forud for genindlæggelsen) kan dette ikke have haft betydning.

Tabel 3. Identifikation af multisyrge borgere med genindlæggelse

Forklarende variabler	Borgere med genindlæggelse/-r (n=84) Odds ratio (CI)
Alder , >65 år (n=302)	1,61 (CI: 0,95 – 2,71)
Køn , kvinder (n=161)	0,89 (CI: 0,54 – 1,48)
Civilstand , bor alene (n=185)	1,27 (CI: 0,79 – 2,05)
Antal kroniske sygdomme , ≥ 7 kroniske sygdomme (n=171)	1,49 (CI: 0,92 – 2,40)
Uddannelsesniveau , lav uddannelsesniveau (n= 342)	1,75 (CI: 0,97 – 3,15)
Ikke-robuste , (n=113)	1,34 (CI: 0,79 – 2,27)
Skrøbelige , (n=221)	2,69 (CI: 1,64 – 4,42)*
Fedme klasse I-III , (n=181)	0,67 (CI: 0,40 – 1,11)
Daglig rygning (n=72)	1,02 (CI: 0,53 – 1,96)

CI; 95% Konfidensinterval, *signifikant (p-værdi <0.001)

13/93 borgere havde en score ≥ 31 i screening for opfølgende hjemmebesøg, hvilket er målgruppen for interventionen udskrivelsesmøde via video gennemført i Vestklyngen.

84 borgere blev genindlagt i opfølgingsperioden på 180 dage. Af tabel 3 fremgår resultatet af otte udvalgte mulige forklarende variabler ift. om de vil kunne identificere multisyge borgere med risiko for genindlæggelse. Resultatet viser, at borgere der angav sig selv skrøbelige ved inklusion har 2,69 gange øget risiko for genindlæggelse i den efterfølgende periode på 180 dage. De øvrige undersøgte variabler gav ikke signifikant øget risiko for genindlæggelse.

Fællesklinikker i Skive Sundhedshus

Til dannelsen af overblik over, hvilke diagnoser og forløb, der indgik i det samlede behandlingsforløb for multisyge borgere med forløb i to hospitalsklinikker, har vi undersøgt to modeller. En Hjerte-lunge fællesklinik og en Diabetes fællesklinik.

Baggrunden for vi har valgt at undersøge mulighed for at etablere en Hjerte-lunge fællesklinik er, at Klinik for Lungesygdomme er beliggende i Skive Sundhedshus i dag, hvor Hjerteklinikken også har ambulant aktivitet. Der er etableret et samarbejde i Klinik for Åndenød, som har potentialet for udvidelse. Hypertension og kronisk iskæmisk hjertesygdom indgår i de fem hyppigste diagnoser, hvoraf sidstnævnte ofte bliver fulgt på hospitalet (minimum 64% af alle patienter med kronisk iskæmisk hjertesygdom). Borgere med hjertesvigt bliver også ofte fulgt på hospitalet (79% af alle med patienter med hjertesvigt) og aktionsdiagnoser inden for kapitlerne *Sygdomme i kredsløbsorganer* og *Sygdomme i åndedrætsorganer* udgør de hyppigste ved indlæggelse. Desuden fandt vi, at af de inkluderede multisyge borgere har borgere med hjertesvigt flere kroniske tilstande sammenlignet med inkluderede multisyge borgere uden hjertesvigt. Tilsvarende kan vi konkludere, at borgere med diabetes har flere kroniske tilstande sammenlignet med borgere uden diabetes. Se bilag 4.

Under antagelse af, at borgerne inkluderet i SKARB fase 1 er repræsentative for hele borgergruppen med forløb i minimum to hospitalsklinikker, udgør datamaterialet 34% (471/1393) for hele Regionshospitalet Viborg-Skives borgergrundlag og 33% (126/385) for borgere med bopæl i Skive Kommune. Under forudsætningen af, at SKARB 1 borgere er repræsentativt for hele borgergruppen med forløb i minimum to hospitalsklinikker estimeres det reelle borgergrundlag til at være 3 gange større.

Hjerte-lunge fællesklinik

Med baggrund i data indsamlet i SKARB fase 1 undersøges muligheder for udvidelse af Klinik for Åndenød i form af en Hjerte-lunge fællesklinik. Det fremgår af figur 7, hvilke tilstande på tværs af specialer og sektorer, der indgik i det samlede behandlingsforløb for borgere med forløb i enten Hjerteklinikken og Klinik for Lungesygdomme.

Hjerte-lunge Fællesklinik

Alle (277 borgere)		Skive (74 borgere)	
Følges på Hjerteklinikken		Følges på Hjerteklinikken	
Hypertension	66	Hypertension	19
Atrieflimmer	116	Atrieflimmer	30
Iskæmisk hjertesygdom	103	Iskæmisk hjertesygdom	33
Hjertesvigt	109	Hjertesvigt	33
Følges i hjerte og lungeregi	40	Følges i hjerte og lungeregi	14
KOL	62	KOL	20
Astma	31	Astma	5
Bronchiektasi	17	Bronchiektasi	<5
Følges på Klinik for Lungesygdomme		Følges på Klinik for Lungesygdomme	

Komorbiditeter

Nefrologisk	Endokrinologisk	Gastroenterologisk	Dermatologisk	Rheumatologisk
214 (96) 59 (23)	120 (58) 32 (16)	79 (21) 24 (5)	21 (5) 5 (0)	60 (42) 17 (14)
Psykiatrisk	Onkologisk	Neurologisk	Karkirurgisk	Urologisk (kun mænd)
43 (<5) 9 (0)	79 (44) 24 (13)	45 (8) 14 (5)	24 (9) 6 (<5)	54 (16) 15 (5)

Figur 7. Overblik over Hjerte-lunge fællesklinik. Den grå figur udgør andelen af den samlede borgergruppe med enten en kronisk hjerte- eller en kronisk lungetilstand, der følges på Medicinske Afdeling eller Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive. Den orange figur udgør andelen af borgerne med bopæl i Skive Kommune, der har enten en kronisk hjerte- eller lunge tilstand, der følges på Medicinske Afdeling eller Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive. KOL: Kronisk obstruktiv lungesygdom.

277/471 borgere blev fulgt i enten Hjerteklinikken (hypertension, atrieflimmer, iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt) eller Klinik for Lungesygdomme (kronisk obstruktiv lungesygdom, astma eller bronchiektasi), hvoraf 40 borgere følges i begge klinikker. Hvis man alene inddrager borgere i Skive Kommune er der tale om henholdsvis 74 borgere, hvoraf 14 borgere følges i både hjerte- og lungeregi på Regionshospitalet Viborg-Skive. Se figur 7.

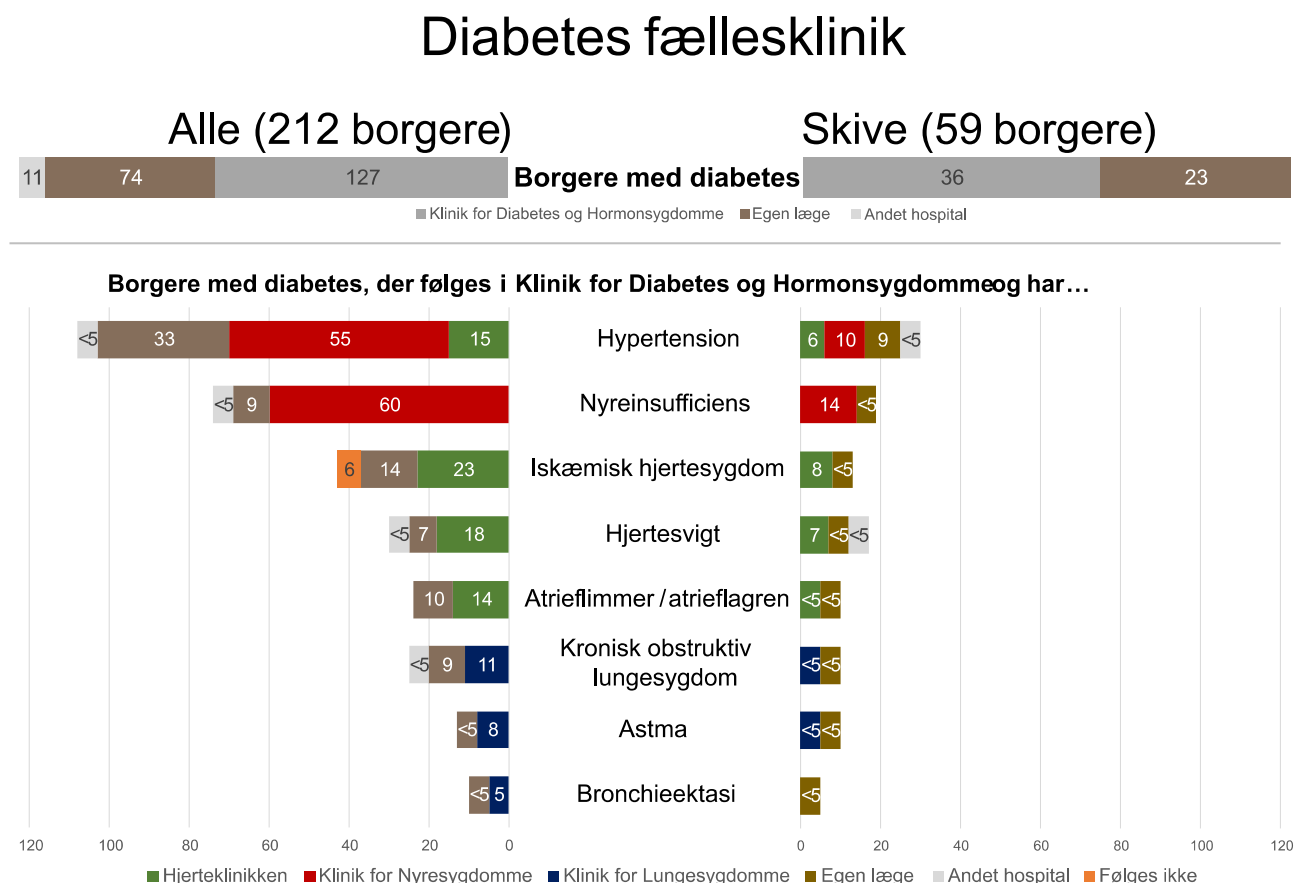
Ved en udvidelse af Hjerte-lunge fællesklinikken ved tilføjelse af komorbiditeter til hjerte-lunge sygdomme, fx nyremedicinske tilstande (hypertension eller kronisk nyreinsufficiens) vil 214 ud af de 277 borgere kunne få varetaget det nyremedicinske behandlingsforløb i fællesklinikken. Ud af de 214 borgere med én eller flere af de nyremedicinske tilstande bliver 96 borger fulgt i Klinik for Nyresygdomme og resten (118 borgere) følges hos egen læge. De tilsvarende antal af borgere med bopæl i Skive Kommune er 59 borgere med kroniske nyremedicinske tilstande, hvoraf 23 borgere følges i Klinik for Nyresygdomme Regionshospitalet Viborg.

Tilføjes i stedet det endokrinologiske speciale til Hjerte-lunge fællesklinikken vil 120 ud af de 277 borgere kunnet få varetaget et endokrinologiske behandlingsforløb i klinikken, hvoraf 58 borgere har forløb i Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme Regionshospitalet Viborg og resten (62 borgere) bliver fulgt ved egen læge. Det tilsvarende antal af borgere med bopæl i

Skive Kommune er 32, hvoraf 16 borgere følges i Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme Regionshospitalet Viborg.

Diabetes fællesklinik

Med udgangspunkt i SKARB fase 1 data er figur 8 fremstillet som et overblik over tilstande og andre specialer, som bør indgå i etablering af en fællesklinik, hvor diabetespatienter fulgt på hospitalet får varetaget det samlede behandlingsforløb.



Figur 8. Overblik over Diabetes fællesklinik. Der var 212 borgere med diabetes, hvoraf 127 blev fuldt i Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive. Af de 127 diabetesborgere blev 55 fulgt i Klinik for Nyresygdomme for hypertension, 15 borgere blev fulgt i Hjerteklinikken for hypertension, 33 borgere blev fulgt af egen læge for hypertension og <5 blev fulgt på et andet hospital for hypertension. De tilsvarende tal for diabetesborgere med bopæl i Skive Kommune er i alt 59 borgere, hvoraf 36 følges på Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme Regionshospitalet Viborg-Skive. Af de 36 borgere blev 10 fulgt i Klinik for Nyresygdomme for hypertension, 6 borgere blev fulgt i Hjerteklinikken for hypertension, 9 borgere blev fulgt af egen læge for hypertension og <5 borgere blev fulgt på et andet hospital for hypertension. Tilsvarende viser figuren antallet af diabetesborgere fulgt i Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme Regionshospitalet-Skive, som også har nyreinsufficiens, iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt, atrieflimmer/atrieflagren, kroniske obstruktiv lungesygdom, astma eller bronchiektasi og hvor disse borgere bliver fulgt for tilstanden.

212/471 borgere havde diabetes, hvoraf 127 borgere blev fulgt i Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme. De øvrige diabetespatienter blev fulgt enten af egen læge eller på et andet hospital end Regionshospitalet Viborg-Skive.

Hvis Diabetes fællesklinikken også skal kunne varetage hypertension, som 106 borgere også har, skal nefrologerne involveres i forbindelse med varetagelse af 55 af borgerforløbene;

kardiologerne i forbindelse med 15 af borgerforløbene og den praktiserende læge i forbindelse med 33 af forløbene.

Hvis Diabetes fællesklinikken også skal kunne varetage kronisk nyreinsufficiens, som 70 af borgerne har, skal nefrologene involveres i forbindelse med 60 af borgerforløbene og egen læge i forbindelse med 9 af forløbene.

Konklusion og diskussion

Vi har i delprojekt SKARB fase 1 beskrevet multisyge borgere med forløb i minimum to hospitalsklinikker og deres kontakter til hospitalssektoren og primærsektoren i perioden 180 dage efter inklusion. Desuden har vi undersøgt variabler til identifikation af borgere med øget risiko for genindlæggelser og dannet et overblik over to mulige fællesklinikker til varetagelse af det samlede behandlingsforløb. Det lykkes som tidligere nævnt ikke at inddrage henvisninger og kontakter til kommunen, som havde været værdifuld viden for projektet i målet om at kvalitetsudvikle Skive Sundhedshus.

Borgergruppen

I tråd med eksisterende viden om multisyge borgere har vi fundet en aldersfordeling med relativ høj andel (36%) af multisyge borgere under 65 år (50, 51). 66% af de inkluderede borgere var mænd, hvilket adskiller sig fra den populationsbaseret undersøgelse fra Skotland af Barnett et al., som har defineret de inkluderende diagnoser i projektet, hvor kønsfordelingen var lige mellem mænd og kvinder (3). Kønsfordelingen var også ligeligt fordelt mellem mænd og kvinder i en dansk registerbaseret undersøgelse, hvor der blev anvendt tilstande i definitionen af multisygdom med udgangspunkt i tilstande, der optrådte hyppigt på hospitalet (50).

Tilsvarende undersøgelsen fra Skotland fandt vi, at hypertension var den hyppigste tilstand blandt multisyge borgere med forløb i minimum to hospitalsklinikker. For de tre næsthyppest tilstande var der forskel mellem de to datamaterialer, hvor den skotske undersøgelse viste, at depression, kompleks kronisk smertetilstand og astma har de tre næsthyppest. I nærværende delprojekt var kronisk nyreinsufficiens, diabetes og atrieflimmer de tre næsthyppest. Om der er tale om en reel forskel på, hvilke tilstande, der hyppigst optræder i et populationsbaseret materiale sammenlignet med nærværende materiale, som tager udgangspunkt i borgere med forløb i minimum to hospitalsklinikker, kan ikke afgøres. Inklusionen til delprojekt SKARB fase 1 viste sig at være udfordrende, hvilket kan have skævvredet materialet.

Borgerrekruttering til delprojektet var planlagt til at foregå fortløbende i klinikkerne, sengeafsnittene, i Skive Kommune og almen praksis. Vi lykkedes primært med at rekruttere og inkludere borgere i hospitalsklinikkerne, hvilket kan have påvirket resultaterne. Det viste sig også, at nogle SKARB nøglepersoner var mere flittige end andre til at rekruttere borgere til projektet, herunder Klinik for Nyresygdomme og Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme. Derfor må det mistænkes, at nefrologiske og endokrinologiske tilstande er overrepræsenteret i materialet. Ligeledes må det mistænkes, at borgere med psykiatriske tilstande er underrepræsenteret, da en ikke tiltænkt selektion kan være tilfældet, hvor borgere med psykiatriske tilstande ikke ønskede at blive lidt længere ved et hospitalsbesøg for at deltage i projektet. Den samme underrepræsentation kan have gjort sig gældende for lungemedicinske

tilstande, da Klinik for Lungesygdomme var placeret på Regionshospitalet Skive og inklusion af borgere fra Klinik for Lungesygdomme krævede, at SKARB projektmedarbejder tog til Regionshospitalet Skive for at varetage inklusionen.

Af den populationsbaseret undersøgelse "Hvordan har du det?" fra 2021 fremgår det, at Skive Kommune har en befolkningssammensætning med relativt stor andel af dårligt stillet borgere vurderet på gennemsnitlig personindkomst, andel uden for arbejdsmarked i den erhvervsaktive alder (25-64 år) og andel med kort uddannelse (52). Tal fra Danmarks Statistik for højest gennemført uddannelsesniveau af den danske befolkning i aldersgruppen 15-69 år viser, at 12% har en lang videregående uddannelse og 18% har en mellemlang videregående uddannelse (53). Disse tal er ikke direkte sammenlignelige med borgerne inkluderet i SKARB fase 1, som også udgør borgere ældre end 69 år, men vi fandt, at borgerandelen med lang videregående uddannelse var 5% og andelen af borgere med mellemlang videregående uddannelse var 14% med fordeling hhv. 2% og 17% for gruppen af borgere med bopæl i Skive Kommune. Således en mindre andel af borgere med lang og mellemlang videregående uddannelse i delprojekt SKARB ift. den danske befolkning, men igen forskel på den samlede borgergruppe ift. borgere fra Skive Kommune. Andelen af borgere beskæftigede på hel- eller deltid var 17% for hele gruppen og 19% for borgerne i Skive. Vurderet på baggrund af de nævnte parametre ser det ikke ud til, at denne forskel i den socioøkonomiske status fundet i Skive Kommune på populationsniveau gør sig gældende i den inkluderede borgergruppe med forløb i minimum to hospitalsklinikker, hvor forskellen ift. baggrundsbefolkningen synes udvasket.

Sammenlignes derimod andelen af svært overvægtige med "Hvordan har du det?" 2021 fandt man, at 18% af den danske befolkning var svært overvægtige (BMI ≥ 30). I delprojekt SKARB fandt vi, at andelen af multisyge borgere med svær overvægt var 39% for hele gruppen og 40% for multisyge borgere med bopæl i Skive Kommune. Således mere end en fordobling af antallet af svært overvægtige blandt multisyge borgere med forløb i minimum to hospitalsklinikker ift. normalbefolkningen og igen ikke en nævneværdig forskel mellem Skive borgerne ift. hele gruppen.

Forbrug af sundhedsydelser

I tolkning og diskussion af delprojektets resultater for kontakter til hospitalsvæsenet og primær sektoren bør det indgå, at opfølgningsperioden for ca. halvdelen af borgerne var under hel eller delvis COVID nedlukning af Danmark. Dette kan have haft en påvirkning på borgerens forbrug af sundhedsydelser ved fx tandlæge, fysioterapi og/eller ambulante hospitalskontakter, som evt. blev aflyst, udskudt eller konverteret til virtuelle kontakter hvis muligt. Set i det lys er det påfaldende at under 5 af de 4.361 ambulante hospitalskontakter (fysisk fremmøde og virtuelle) og ingen af konsultationerne i almen praksis er foregået som videokonsultation. Om det skyldes, at videokonsultationer ikke er anvendelig til målgruppen eller der resterer en implementeringsopgave kan ikke afgøres på baggrund af dette delprojekt.

Oplysninger omkring forbrug af hospitalsydelser stammer fra dataregister Landspatientregister 3 (LPR3 - den midlertidig datamodel). LPR3 analyseerfaring var initialt begrænset og uden konsensus. Vi har derfor udarbejdet definitioner for fx indlæggelse og ambulante fysisk fremmøde til delprojekt. Da det primære formål med SKARB fase 1 var at beskrive målgruppens hospitalskontakter har vi valgt at inkludere indlejret ambulante fysisk fremmøder med henblik på at skabe et overblik over det samlede ressourcetræk.

Ambulante kontakter

Vi har målrettet projektet den gruppe af borgere, der må forventes at have hyppige hospitalskontakter og valgte at inkludere borgere med forløb i minimum to hospitalsklinikker. Vi fandt et højt forbrug af sundhedsydelser for borgergruppen i den efterfølgende opfølgingsperioden på 180 dage. Det gælder i særdeleshed ambulante hospitalskontakter (4393), men også grundydelseskontakter til almen praksis (3423), vagtlæge (ca. 360) og privatpraktiserende læger og øvrige specialer (ca. 4269). Hvis hver kontakt er gennemført enkeltvis har hver borger i gennemsnit haft en kontakt til sundhedsvæsenet hver 7. dag. Hertil kommer kommunale kontakter og hospitalskontakter til blodprøvetagning og ekg. Der er variation blandt borgerene i forbruget, hvor 28 borgere ikke havde ambulante fysiske fremmøder, 147 borgere ikke havde virtuelle kontakter, 83 borgere ikke konsulterede almen praksis i opfølgingsperioden og 27 borger modtog alle vederlagsfrit ydelserne (1669 kontakter). Om nogle af disse kontakter kan koordineres og/eller gennemføres samtidig bør undersøges nærmere.

Skive bliver eventuelt udpeget til at skulle have et nærhospital. Sundhedsstyrelsen definerer et nærhospital som *'en institution, der både leverer ambulante sygehusfunktioner under lægefagligt ansvar og udvalgte kommunale sundhedsindsatser og evt. indsatser på praksisområdet'* (54). For at undersøge organiseringen og de speciale-mæssige kompetencer, der bliver behov for ved etablering af en fællesklinik i Skive Sundhedshus, har vi arbejdet med to mulige modeller; en fællesklinik for borgere med hjerte-lungelidelse og en fællesklinik for borgere med diabetes. Idéen bag Hjerte-lunge fællesklinikken er, at de patienter med bopæl i Skive Kommune, som har enten en hjertelidelse eller en lungelidelse og bliver fulgt på Regionshospitalet Viborg-Skive for én af tilstandene, skal behandles i fællesklinikken. I tråd med Sundhedsstyrelsens definition af nærhospitaler, skal fællesklinikken være omdrejningspunktet i håndtering af hele borgerens forløb, både på hospitalet, i kommunen og hos den almen praktiserende læge.

I den forbindelse er et af de vigtigste fund i delprojektet, at 77% af borgerene også har behandlingsforløb i almen praksis for kroniske tilstande ud over de minimum to behandlingsforløb på hospitalet. Denne viden kan ikke indhentes i de nationale sundhedsregistre, hvor almen praksis i Sygesikringsregisteret ikke angiver aktionsdiagnoser eller forløbsdiagnoser for grundydelse. I dette projekt har vi derfor indhentet denne viden fra journalen og borgeren, hvilket har givet os en unik indsigt i, hvordan almen praksis og hospitalet bidrager til det samlede behandlingsforløb for multisyge borgere.

At 77% af borgerne har forløb for kroniske tilstande i almen praksis i kombination med forbruget af sundhedsydelser i almen praksis understreger vigtigheden af, at almen praksis tænkes ind i målsætningen om at varetage det samlede behandlingsforløb for multisyge borger fx i en fællesklinik på et nærhospital. Vi fandt at 66% af borgerne ikke modtog kommunale sundhedsydelser på inklusionstidspunktet. Da vi ikke har data for, hvilke kommunale sundhedsydelser, borgeren har benyttet i opfølgingsperioden, indgår disse ikke i vurderingen af, hvilke kompetencer der er behov for i de to modeller for fællesklinikker. Desuden har vi i delprojektet alene koncentreret os om de 39 kroniske tilstande (oprindeligt 40 kroniske tilstande, hvor demens er undladt), som indgår i det skotske populationsbaseret diagnosemateriale. Nogle af de tilstande, vi ofte støtte på i forbindelse med inklusion var osteoporose og søvnapnø, men disse tilstande indgår ikke i Barnetts materiale over kroniske tilstande, som vi har brugt som baggrund for definitionen af multisygdom i delprojektet.

Vi fandt, at 74 af de inkluderede borgere med bopæl i Skive Kommune bliver fulgt for en hjerte- eller lungelidelse på hospitalet og 14 borgere bliver fulgt i af begge specialer. Under forudsætningen af, at de inkluderede borgere er repræsentative for populationen af borgere med hospitalsforløb for hjerte- eller lungelidelser vil en Hjerte-lunge fællesklinik i Skive Sundhus kunne komme op på et volumen på ca. 222 borgerforløb. I analysen af, hvor de 74 borgere ellers bliver fulgt for kroniske tilstande, bliver der behov for at inddrage andre kompetencer og specialer for at imødekomme borgerens samlede behandlingsforløb. Her i særdeleshed almen praksis, men også kompetencer inden for de nefrologiske og endokrinologiske specialer.

Borgernes har individuelle behandlingsbehov og det synes ikke økonomisk eller personalemæssigt realistisk, at alle kompetencer er fysisk tilstede i en eventuelt fællesklinik i Skive Sundhedshus alle hverdage. For at Hjerte-lunge fællesklinikken kan realiseres og målet om at varetage borgerens samlede behandlingsforløb kan opnås, bliver det nødvendigt med individuel organisering af en enkelte borgers forløb med udgangspunkt i borgerens kroniske tilstande og individuelle behov. Med et estimeret borgergrundlag på 42 borgere (14 borgere x 3) synes der ikke at være tilstrækkelig volumen for udvidelse af Klinik for Åndenød i Skive Sundhedshus til en Hjerte-lunge fællesklinik drevet som et klinik med fysisk tilstedeværelse af både det lungemedicinske og det hjertemedicinske speciale. Af hensyn til ressourcer, herunder personaleressourcer skal opgaven løses ved at inddrage innovative tilgange. Netop en innovativ tilgang til borgerforløb indgår i den faglige ramme for nærhospitaler, hvor det fremgår, at målet med nærhospitaler kun kan nås, hvis opgaveløsningen nytænkes. Desuden er det et krav, at kvaliteten i behandlingen opretholdes. I den forbindelse kunne man inddrage kompetencer fra de nefrologiske og endokrinologiske specialer til Diabetes fællesklinikken via virtuelle løsninger.

Genindlæggelser

Vi fandt en høj genindlæggelsesrate i opfølgingsperioden, hvor 43% og 48% af indlæggelserne for hhv. hele gruppen og borgerne med bopæl i Skive Kommune var genindlæggelser. Denne genindlæggelsesrate er væsentligt højere end de 18,9%, vi har fundet i litteraturen for borgere over 65 år (26). Når vi dykker ned i vores datamateriale udgjorde antallet af borgere med genindlæggelse/-r 84/471 borger svarende til 18% af den samlede gruppe. Vi fandt en klar sammenhæng mellem selvrapporтерet skrøbelighed og risikoen for genindlæggelse, hvor skrøbelige borgere havde 2,69 gang større risiko for genindlæggelse. En viden der bekræfter resultater fra en tidligere undersøgelse (28). Det har ikke været muligt at forfølge nærmere, hvilke/-n problemstilling, der har udløst de 84 genindlæggelser og dermed undersøge, om nogle af disse genindlæggelser kunne forebygges.

Når man ser på hele den inkluderede gruppe (indlagte, borgere inkluderet ved ambulant hospitalskontakt, i Skive Kommune og almen praksis) scorede 99/471 borgere ≥ 23 i screening for opfølgende hjemmebesøg, hvoraf 41 af screeningerne var gennemført i forbindelse med udskrivelse. Jf. Region Midtjyllands regionale retningslinje skal screening for opfølgende hjemmebesøg udføres for alle borgere over 65 år og udvalgt borgere under 65 år ved udskrivelse (39). Hvis en borger scorer ≥ 23 i screening for opfølgende hjemmebesøg skal vedkommende tilbydes et opfølgende hjemmebesøg, som borgeren kan vælge at tage imod eller afslå. Vi kan i datamaterialet dokumentere, at risikoen for genindlæggelse er højere, hvis borgeren scorer ≥ 23 i screening for opfølgende hjemmebesøg ift. hvis scoren er under 23.

Vi kan dokumentere, at der er gennemført 6 opfølgende hjemmebesøg for borgergruppen, hvilke ikke kan forklares alene ved, at borgerne har fravalgt tilbuddet. At screening for opfølgende hjemmebesøg ikke bliver foretaget på hospitalet jf. retningslinjen understøttes af data for Midtklyngen, som viser, der blev foretaget 439 screeninger for opfølgende hjemmebesøg i 2021 (55). Dette tal står ikke mål med det antal udskrivelser af og borgere over 65 år, der blev foretaget i Midtklyngen i 2021. Der resterer således fortsat en stor opgave i at få implementeret opfølgende hjemmebesøg ind i den kliniske hverdag.

Perspektiver

Formålet med delprojekt SKARB fase 1 var at beskrive målgruppens nuværende forbrug af sundhedsydelser med henblik på at identificere områder, hvor en tværsektoriel koordineret indsats vil kunne reducere hospitalskontakter. Denne viden skulle udgøre datagrundlaget for udvikling af den intervention, der skulle afprøves i SKARB fase 2 (interventionsfasen).

Målgruppen viste sig at have et højt antal forbrug af hospitalsydelser i form af ambulante fysiske fremmøder og genindlæggelser. Der blev ikke gjort brug af videokonsultationer som alternativ til fysisk ambulant fremmøde på hospitalet og almen praksis. Desuden blev alt for få borgere blevet screenet for opfølgende hjemmebesøg i forbindelse med udskrivelse fra hospital. Pr. 1. oktober 2021 blev indsatsen for ældre medicinske patienter efter udskrivelse styrket med en udgående geriatrisk funktion for borgere fra Skive Kommune. Indsatsen har netop til formål at forebygge genindlæggelser og bygger på et samarbejde mellem Skive Sundhedshus og Medicinske Afdeling Regionshospitalet Viborg-Skive. Desuden arbejder man i Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme videre med strategien om implementering af videokonsultationer som led i den digitale transformation.

Vi har i delprojektet kunne dokumentere, at multisyge borgere er en heterogen gruppe med stor variation i diagnosesammensætning og forbrug af sundhedsydelser i hospitalssektoren og almen praksis. Det stiller krav til organisering af individuelle borgerforløb, hvis antallet af ambulante kontakter skal nedbringes uden at gå på kompromis med kvaliteten. Om man med fællesklinikker i Skive Sundhedshus vil kunne nå dette mål må afgøres i et interventionsprojekt.

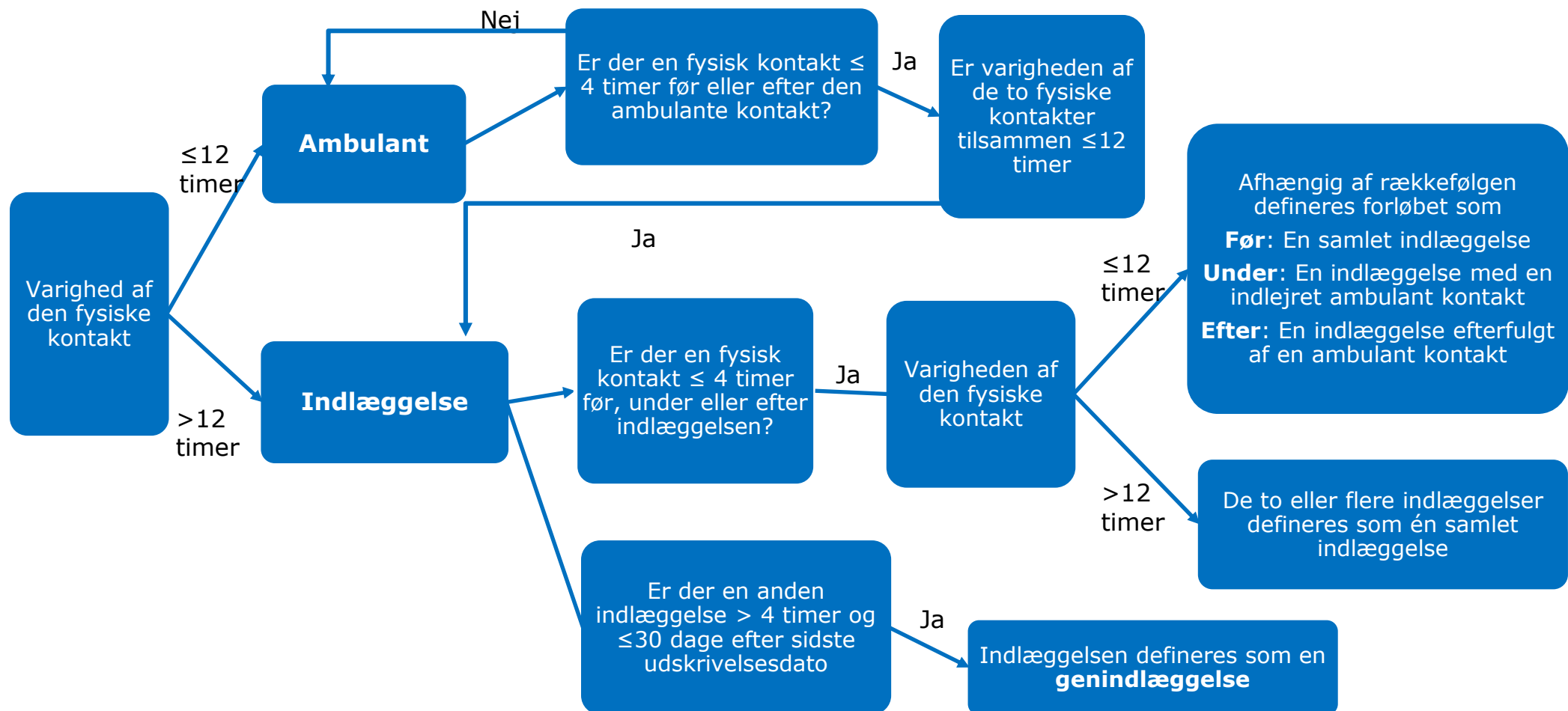
Ved etablering af behandlingsforløb for multisyge borgere, hvor sektorer og specialer i højere grad arbejder på tværs og skaber sammenhæng og synergi for borgerne med øget nærhed i sundhedstilbuddene anses det for vigtigt, at de multisyge borgere inddrages i udvikling, afprøvning og implementering. Dette for at sikre, at borgerne oplever tiltagende sammenhæng og det dermed opleves som en forbedring. Samtidig skal kvaliteten i behandlingen opretholdes, hvilket blandt andet kræver, at de enkelte specialer i hospitalssektoren og primær sektoren også inddrages. Parallelt med nærværende delprojekt har vi gennemført to delprojekter med det mål at inddrage borger- og behandlerperspektivet. Et kvalitativt delprojekt og en behandlerworkshop, som er beskrevet i appendix 2 og 3, som begge skal pege os i retningen af den intervention, der skal afprøves i SKARB fase 2.

Referencer

1. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* (London, England). 2009;374(9696):1196-208.
2. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng.: Anne Frølich, Frede Olesen, Inge Kristensen. 2017.
3. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* (London, England). 2012;380(9836):37-43.
4. Friis K, Pedersen MH, Larsen FB, Lasgaard M. A National Population Study of the Co-Occurrence of Multiple Long-Term Conditions in People With Multimorbidity, Denmark, 2013. *Preventing chronic disease*. 2016;13:E12.
5. Juul T, Petersen MA, Holzner B, Laurberg Sr, Christensen P, GrÃ¸nvold M. Danish population-based reference data for the EORTC QLQ-C30: associations with gender, age and morbidity. *SpringerSpringer International PublishingSpringer Nature B.V*; 2014. p. 2183-93.
6. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and quality of life outcomes*. 2004;2:51-7525-2-51.
7. Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The measurement of multiple chronic diseases--a systematic review on existing multimorbidity indices. *Gerontological Society of AmericaOxford University Press*; 2011. p. 301-11.
8. Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GC, Hart JT. Multimorbidity and the inverse care law in primary care. *BMJ (Clinical research ed)*. 2012;344:e4152.
9. Laursen TM. Causes of premature mortality in schizophrenia: a review of literature published in 2018. *Current opinion in psychiatry*. 2019.
10. Sortso C, Lauridsen J, Emneus M, Green A, Jensen PB. Social inequality in diabetes patients' morbidity patterns from diagnosis to death - A Danish register-based investigation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;46(1):92-101.
11. Ostgard LSG, Norgaard M, Medeiros BC, Friis LS, Schoellkopf C, Severinsen MT, et al. Effects of Education and Income on Treatment and Outcome in Patients With Acute Myeloid Leukemia in a Tax-Supported Health Care System: A National Population-Based Cohort Study. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2017;35(32):3678-87.
12. Hale M, Shah S, Clegg A. Frailty, inequality and resilience. *Clinical medicine* (London, England). 2019;19(3):219-23.
13. Liamputtong P. Researching the vulnerable : a guide to sensitive research methods. London: SAGE; 2007. p. 246.
14. Glahder Lindberg L, Thorsen T, Reventlow S. Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis https://www.sundhed.dk/content/cms/29/103329_ulighedisundhed_5.pdf2011 [
15. Sodemann M. Sårbar? - det kan du selv være : sundhedsvældets rolle i patienters sårbarhed. S.l.: Morten Sodemann; 2018. p. 261.
16. Hornor G. Resilience. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 2017;31(3):384-90.
17. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1094:1-12.
18. Reich JW, Zautra A, Hall JS. Handbook of adult resilience. New York: Guilford Press; 2010. p. 540.
19. Deshields TL, Heiland MF, Kracen AC, Dua P. Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psycho-oncology*. 2016;25(1):11-8.
20. Bowes L, Jaffee SR. Biology, genes, and resilience: toward a multidisciplinary approach. *Trauma, violence & abuse*. 2013;14(3):195-208.
21. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor?Davidson Resilience Scale (CD?RISC). Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company; 2003. p. 76-82.

22. Prior A, Vestergaard M, Larsen KK, Fenger-Gron M. Association between perceived stress, multimorbidity and primary care health services: a Danish population-based cohort study. *BMJ open*. 2018;8(2):e018323-2017-.
23. Prior A, Vestergaard M, Davydow DS, Larsen KK, Ribe AR, Fenger-Gron M. Perceived Stress, Multimorbidity, and Risk for Hospitalizations for Ambulatory Care-sensitive Conditions: A Population-based Cohort Study. *Medical care*. 2017;55(2):131-9.
24. Hansen BH. Udvikling i gennemsnit indlæggelsestid bland unge, voksne og ældre fra 2008 til 2013. 2015.
25. Goncalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;6:CD000356.
26. Pedersen MK, Nielsen GL, Uhrenfeldt L, Lundbye-Christensen S. Risk Assessment of Acute, All-Cause 30-Day Readmission in Patients Aged 65+: a Nationwide, Register-Based Cohort Study. *Journal of general internal medicine*. 2019;34(2):226-34.
27. Braes T, Moons P, Lipkens P, Sterckx W, Sabbe M, Flamaing J, et al. Screening for risk of unplanned readmission in older patients admitted to hospital: predictive accuracy of three instruments. *Aging clinical and experimental research*. 2010;22(4):345-51.
28. Andreasen J, Aadahl M, Sørensen EE, Eriksen HHj, Lund H, Overvad K. Associations and predictions of readmission or death in acutely admitted older medical patients using self-reported frailty and functional measures. *A Danish cohort study*. Elsevier B.V; 2018. p. 65-72.
29. Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JB I database of systematic reviews and implementation reports*. 2016;14(2):106-73.
30. Buch Sandberg M, Ibsen R, Kjellberg J. Tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus. Organisering, oplevede resultater, effekter og økonomi www.vive.dk: VIVE – Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2019 [
31. Lindhardt T, Loevgreen SM, Bang B, Bigum C, Klausen TW. A targeted assessment and intervention at the time of discharge reduced the risk of readmissions for short-term hospitalized older patients: a randomized controlled study. *Clinical rehabilitation*. 2019;269215519845032.
32. Pedersen LH, Gregersen M, Barat I, Damsgaard EM. Early geriatric follow-up after discharge reduces readmissions - A quasi-randomised controlled trial. *European Geriatric Medicine*. 2016;7(5):443-8.
33. Jakobsen M, Schindler Rangvid B, Sandberg Buch M. Styrket sammenhæng for de svageste ældre – Registerbaseret effektevaluering af 11 satspuljeprojekter <https://www.vive.dk/da/udgivelser/styrket-sammenhaeng-for-de-svageste-aeldre-15786/>: VIVE - Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020 [1-44].
34. Rytter L, Jakobsen HN, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(3):146-53.
35. Wolff DL, Von Plessen C, Waldorff FB, Sørensen TL, Bogh SB, Rubin KH, et al. Time trends in patients managed simultaneously in multiple hospital outpatient specialty clinics for chronic diseases: A register-based cross-sectional study. *J Comorb*. 2019;9:2235042x19831907.
36. Bell C, Prior A, Frølich A, Appel CW, Vedsted P. Trajectories in Outpatient Care for People with Multimorbidity: A Population-Based Register Study in Denmark. *Clin Epidemiol*. 2022;14:749-62.
37. Soja A, Christensen J, Olsen M, Raymond I. Fællesklinik for patienter med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom <https://bpno.dk/artikler/faellesklinik-for-patienter-med-type-2-diabetes-og-hjerte-kar-sygdom/2021> [
38. Condelius A, Edberg AK, Jakobsson U, Hallberg IR. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2008;46(1):41-55.

39. Region Midtjylland. Opfølgende hjemmebesøg, regional retningslinje <http://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=X73AD40F765D9A95AC1257AEC0039258C&dbpath=/edok/editor/RM.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g&level=HOMIME>: Region Midtjylland; 2015 [
40. Jakobsen HN, Rytter L, Rønholdt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus. www.sst.dk: København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2007. Contract No.: Report.
41. Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg <https://www.vive.dk/da/udgivelser/delrapport-fra-vestklyngen-i-region-midtjylland-erfaringer-med-opfoelgende-hjemmebesoeg-9184/>: VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2012 [
42. Wiuff Mb HEBKTA, Madsen MH. Opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden – Organisering, samarbejde og oplevet udbytte. www.kora.dk: KORA; 2017. Contract No.: Report.
43. Voss H. Implementering af opfølgende hjemmebesøg - Hvad kan vi lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer? . www.dsi.dk: Dansk Sundhedsinstitut; 2009. Contract No.: Report.
44. Thygesen LC, Fokdal S, Gjørrup T, Taylor RS, Zwisler A-D. Can municipality-based post-discharge follow-up visits including a general practitioner reduce early readmission among the fragile elderly (65+ years old)? A randomized controlled trial. Taylor & FrancisTaylor & Francis LLC; 2015. p. 65-73.
45. Bjørnholt P, Buchholdt Gjørrup J. Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen. Opsamlingsnotat <https://www.defactum.dk/publikationer/showPublication?publicationId=592&pageId=309986>: DEFACTUM Region Midtjylland; 2016 [
46. Andersen G, Christensen A, Steffensen NM. Projekt Kom godt Hjem. <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/projekter/rette-tilbud/200220/rapport-kom-godt-hjem---endelig.pdf>; 2020.
47. Gobbens RJJRM, van Assen MALMP, Luijckx KGP, Wijnen-Sponselee MTP, Schols JMGAMP. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. Elsevier Inc; 2010. p. 344-55.
48. Andreasen J, Sørensen EE, Gobbens RJJ, Lund H, Aadahl M. Danish version of the Tilburg Frailty Indicator ? Translation, cross-cultural adaption and validity pretest by cognitive interviewing. Elsevier Ireland LtdElsevier B.V; 2014. p. 32-8.
49. Antunez JM, Navarro JF, Adan A. Circadian typology is related to resilience and optimism in healthy adults. Chronobiology international. 2015;32(4):524-30.
50. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. BMC Public Health. 2017;17(1):422.
51. Tang LH, Thygesen LC, Willadsen TG, Jepsen R, la Cour K, Frølich A, et al. The association between clusters of chronic conditions and psychological well-being in younger and older people-A cross-sectional, population-based study from the Lolland-Falster Health Study, Denmark. J Comorb. 2020;10:2235042x20981185.
52. Friis K, Jensen M, Pedersen M, Lasgaard M, FB. L. Hvordan har du det? 2021 - Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). https://www.defactum.dk/siteassets/defactum/3-projektsite/hvordan-har-du-det/hhdd-2021/b1_webversion.pdf: Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2022 [
53. Befolkningens højeste fuldførte uddannelse [Internet]. Danmarks Statistik. 2021.
54. Sundhedsstyrelsen. Nærhospitalet - Faglig ramme for etablering af nærhospitalet [Report]. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2022/Faglig-ramme-for-etablering-af-naerhospitalet>: Sundhedsstyrelsen; 2022 [updated Oktober.
55. Sundhedsaftalen. Data for antal screening for opfølgende hjemmebesøg i Midtklyngen i 2021 <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/opfolgende-hjemmebesog/data-for-midtklyngen/2021> [



- Fysisk fremmøde på 12 timer eller derover -> indlæggelse
- Fysisk fremmøde på under 12 timer -> ambulant fysisk fremmøde
- Mindre end 4 timers adskillelse

En indlæggelse med indlejret ambulant fysisk fremmøde	———— ———	Både indlæggelse og ambulant kontakt indgår med aktionsdiagnoser
En indlæggelse med efterfølgende ambulant fysisk fremmøde	———— ---- ———	Både indlæggelse og ambulant kontakt indgår med aktionsdiagnoser
En indlæggelse med efterfølgende ambulant fysisk fremmøde	———— ———	Både indlæggelse og ambulant kontakt indgår med aktionsdiagnoser
En indlæggelse	——— ————	Indlæggelse indgår med aktionsdiagnose
En indlæggelse	——— ---- ————	Indlæggelsen indgår med aktionsdiagnose
En indlæggelse	———— ---- ————	Den sidste indlæggelse indgår med aktionsdiagnose*

*med mindre det er en DZ diagnose (faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen)

SKARB – *samarbejde om borgerne*

Skive Sundhedshus – **K**ommune – **A**lmen praksis – **R**egion og **B**orger

Resultater

SKARB fase 1 – Alle borgere

Af overlæge, ph.d. og projektleder Lene Kongsgaard Nielsen (primær skribent),
chefsygeplejerske Anne Dorthe Bjerrum (projektansvarlig) og
leder Marianne Balsby (projektansvarlig)

Indhold

Resultater.....	3
Tabel 1. Borger karakteristika	3
Tabel 2. Alkohol, tobak og stofmisbrug	4
Tabel 3. Selvrapporteret forbrug af kommunale ydelser på inklusionstidspunktet	4
Tabel 4. Vægt og BMI.....	5
Tabel 5. Behovsscreening for opfølgende hjemmebesøg	5
Tabel 6. Tilburg Frailty Indicator	7
Tabel 7. Connor-Davidson resiliens-scala 10 (CD-RISC-10)	8
Tabel 8. 17 Medicinske diagnoser	9
Tabel 9. 13 Ikke-medicinske diagnoser.....	10
Tabel 10. Andre kroniske diagnoser	11
Tabel 11. Antal borgere med flere kroniske diagnoser	12
Indlæggelser.....	13
Tabel 12. Antal indlæggelser, sengedage og genindlæggelser.....	13
Tabel 13. Aktionsdiagnoser for indlæggelser og genindlæggelser	14
Tabel 14. Operationer under indlæggelser og ambulante operationer	16
Ambulante hospitalskontakter	17
Tabel 15. Ambulante hospitalskontakter undtaget kontakter til hæmodialyse	17
Tabel 17. Aktionsdiagnoser for virtuelle kontakter.....	19
Tabel 18. Aktionsdiagnoser for udekontakter.....	20
Kontakter i primær sektor	21
Tabel 19. Kontakter og ydelser i almen praksis - dagtid.....	21
Tabel 20. Kontakter og ydelser i almen praksis – vagttid	22
Tabel 21. Kontakter til privat praktiserende speciallæger og øvrige specialer.....	23
Tabel 22. Regressionsanalyser	24

Resultater

Inklusionssted	Antal borgere
Almen praksis	15
Skive Sundhedshus og Pleje & Omsorg, Skive Kommune	10
Medicinske og hjertemedicinske klinikker	353
Medicinske og hjertemedicinske sengeafsnit	93
I alt	471

Tabel 1. Borger karakteristika

	Antal borger (% af 471)
Alder (gennemsnit; SD), år	67,4; 12,53
≤ 50 år	52 (11%)
51 - ≤65 år	117 (25%)
66 - ≤ 75 år	169 (36%)
≥76 år	133 (28%)
Kvinder	161 (34%)
Født i Danmark	462 (98%)
Civilstand	
Gift	247 (52%)
Samboende	39 (8%)
Single (separeret eller fraskilt)	66 (14%)
Single (enke eller enkemand)	69 (15%)
Single (ugift)	50 (11%)
Højest gennemførte uddannelsesniveau	
Kort uddannelse eller kortere kurser	151 (32%)
Erhvervsmæssig uddannelse/faglært	191 (41%)
Kort videregående uddannelse 2-3 år	41 (9%)
Mellemlang videregående uddannelse 3-4 år	65 (14%)
Lang videregående uddannelse	23 (5%)
Nuværende beskæftigelse	
Beskæftigelse på heltid	52 (11%)
Beskæftigelse på deltid	27 (6%)
Dagpenge/kontanthjælp/studerende	18 (4%)
Alderspension	287 (61%)
Efterløn	8 (2%)
Førtidspension	79 (17%)
Bopæl i Skive Kommune	126 (27%)

Tabel 2. Alkohol, tobak og stofmisbrug

	Antal borger (% af 471)
Ugentlige alkoholindtag	
Intet indenfor de seneste 12 måneder	37 (8%)
0 genstande	198 (42%)
1-7 genstande	170 (36%)
8-14 genstande	32 (7%)
Kvinder	8 (25%)
Mænd	24 (75%)
15-21 genstande	24 (5%)
Mere end 22 genstande	10 (3%)
Borgere med alkohol overforbrug*	42 (9%)
Borgere med tidligere højt alkoholforbrug	81 (17%)
Borgere med dagligt tobaksforbrug	72 (15%)
Cigaretter	63 (88%)
1-14 per dag	43 (68%)
15 eller flere per dag	20 (32%)
E-cigaretter, pibe, cigarer og cerutter	9 (13%)
Tidligere rygere	260 (55%)
Misbrug (moderat eller væsentlig) af alkohol eller andre misbrugsstoffer	8 (2%)

*Alkoholoverforbrug defineres som mere end 7 genstande pr uge for kvinder og mere end 14 genstande pr. uge for mænd

Tabel 3. Selvrapporteret forbrug af kommunale ydelser på inklusionstidspunktet

	Antal borger (% af 471)
Rengøring	84 (18%)
Personlig hygiejne	37 (8%)
Medicindosering og/eller administration	98 (21%)
Toiletbesøg	7 (1%)
Tilsyn og omsorg (kig-ind-besøg)	38 (8%)
Hverdagens aktiviteter (strukturbesøg) og/eller hjemmevejledning (post eller lægebesøg)	7 (1%)
Madservice	22 (5%)
Indkøb og/eller tøjvask	15 (3%)
Genoptræning	21 (4%)
Hjemmesygeplejerske/sygeplejeklinik	24 (5%)
Plejebolig	5 (1%)
Andet	7 (1%)
Modtager ingen ydelser	311 (66%)

Det har været muligt at angive flere ydelser.

Tabel 4. Vægt og BMI

	Antal borger (% af 471)
Vægt	
<50 kg	9 (2%)
51-≤70 kg	104 (22%)
71-≤80 kg	86 (18%)
81-≤90 kg	90 (19%)
91-≤100 kg	85 (18%)
101-≤120 kg	68 (14%)
>121 kg	29 (7%)
BMI	
< 18,5 (undervægtig)	13 (3%)
18,5 – 24,9 (normalvægtig)	125 (27%)
≥25 - <30 (overvægtig)	152 (32%)
≥30 - <35 (fedme klasse I)	111 (24%)
≥35 - <40 (fedme klasse II)	52 (11%)
≥40 (fedme klasse III)	18 (4%)

Tabel 5. Behovsscreening for opfølgende hjemmebesøg

	Antal borger (% af 471)
Nuværende indlæggelse (gælder kun sengeafsnittene)*	93
Efter 2-5 dage	54 (58%)
Efter mere end 5 dage	22 (24%)
Indenfor 48 timer	17 (18%)
Tidligere indlæggelser	471
0-1 gang det seneste år	319 (68%)
2-4 gange det seneste år	107 (23%)
Mere end 4 gange det seneste år	45 (10%)
Helbred og funktionstab (sengeafsnittene)*	93
Nej	44 (47%)
Lettere funktionstab og/eller lettere kronisk nedsat funktionsniveau	43 (46%)
Væsentlig funktionstab	6 (6%)
Helbred og funktionstab (klinikker, kommune og almen praksis)*	378
Nej	246 (70%)
Lettere funktionstab og/eller lettere kronisk nedsat funktionsniveau	92 (24%)
Væsentlig funktionstab	22 (6%)
Ernæring	471
Ingen eller ringe betydning (BMI>24)	340 (72%)
Moderat (fx BMI 20,5-24)	63 (13%)
Væsentlig (fx BMI<20,5 eller utilsigtet væggtab >2 kg de seneste 3 mdr.)	67 (14%)
Sygdom (sengeafsnitter)*	93
Pt har ikke andre diagnoser end indlæggelsesdiagnosen	5 (5%)
Pt har flere diagnoser, men ingen af flg.: hjertesvigt, KOL med opblussen, cystitis, pneumoni, faldtendens	47 (51%)
Pt har mindst én af flg.: hjertesvigt, KOL med opblussen, cystitis, pneumoni, faldtendens	41 (44%)

Sygdom (klinikker, kommunen og almen praksis)*	378
Pt har flere diagnoser, men ingen af flg.: hjertesvigt, KOL med opblussen, cystitis, pneumoni, faldtendens	263 (70%)
Pt har mindst én af flg.: hjertesvigt, KOL med opblussen, cystitis, pneumoni, faldtendens	115 (30%)
Medicinering (sengeafsnitter)*	93
7 eller færre uden medicinændringer	5 (5%)
8 eller flere præparater	36 (39%)
Medicinændring ift. før indlæggelse uanset antal og art	52 (56%)
Medicinering (klinikker, kommunen og almen praksis)*	378
7 eller færre uden medicinændringer	65 (17%)
8 eller flere præparater	259 (69%)
Medicinændring indenfor den seneste 1 uge uanset antal	54 (14%)
Kognitive forstyrrelser/problemer	471
Nej	436 (93%)
Moderat eller væsentligt	35 (8%)
Misbrug	471
Nej	463
Moderat eller væsentligt	8 (2%)
Psykiatri	471
Ingen psykiatrisk lidelse eller uden betydning	451(96%)
Moderat	13 (3%)
Væsentlig	7 (1%)
Mestring af egen tilværelse	471
Ja, borgeren kan overskue og koordinere sin tilværelse	381 (81%)
Borgeren har moderate problemer med at overskue eller koordinere sin tilværelse	72 (15%)
Nej, borgeren har væsentlige problemer med at overskue eller koordinere sin tilværelse eller er nylig blevet alene	18 (4%)
Score for opfølgende hjemmebesøg, alle borgere, gennemsnit (SD)	16,44 (8,14)
Score ≤22	372 (79%)
Score ≥23	99 (21%)
Score ≥31	28 (6%)
Score for opfølgende hjemmebesøg, kun sengeafsnitter, gennemsnit (SD)	22,55 (7,54)
Score ≤22	52 (56%)
Score ≥23	41 (44%)
Score ≥31	13 (14%)
Score for opfølgende hjemmebesøg, kun klinikker, kommunen og almen praksis, gennemsnit (SD)	14,94 (7,57)
Score ≤22	320 (85%)
Score ≥23	58 (15%)
Score ≥31	15 (4%)

Tabel 6. Tilburg Frailty Indicator

	Antal borger (%) af 471		
	Ja	Nogle gange	Nej
1. Føler du dig fysisk rask?	232 (49%)		239 (51%)
2. Har du tabt dig meget for nyligt uden at ville det? (meget = 3 kilo den seneste måned eller 6 kilo eller mere i de seneste seks måneder)	95 (20%)		376 (80%)
3. Har du problemer i dagligdagen på grund af, at du er dårlig gående?	221 (47%)		250 (53%)
4. Har du problemer i dagligdagen på grund af dårlig balance?	165 (35%)		306 (65%)
5. Har du problemer i dagligdagen på grund af dårlig hørelse?	69 (15%)		402 (85%)
6. Har du problemer i dagligdagen på grund af nedsat syn?	66 (14%)		405 (86%)
7. Har du problemer i dagligdagen på grund af nedsat kraft i hænderne?	150 (32%)		321 (68%)
8. Har du problemer i dagligdagen på grund af fysisk træthed?	255 (54%)		216 (45%)
9. Har du problemer med at huske?	58 (12%)	168 (35,67)	245 (52%)
10. Har du følt dig nedtrykt i den seneste måned?	87 (18%)	90 (19,11)	294 (62%)
11. Har du følt dig ængstelig i den seneste måned?	75 (16%)	68 (14,44)	328 (70%)
12. Er du god til at håndtere problemer?	392 (83%)		79 (17%)
13. Bor du alene?	177 (38%)		294 (62%)
14. Savner du sommetider at have mennesker omkring dig?	94 (20%)	70 (14,86)	307 (65%)
15. Får du tilstrækkelig med støtte fra andre mennesker?	432 (92%)		39 (8%)
Tilburg Frailty Indicator score*	Antal borger (% af 471)		
<5 (ikke skrøbelig)	250 (53%)		
≥5 (=skrøbelig)	221 (47%)		

Tabel 7. Connor-Davidson resiliens-scala 10 (CD-RISC-10)

	Antal borger				
	Passer slet ikke	Passer sjældent	Passer nogle gange	Passer ofte	Passer næsten hele tiden
1. Jeg er i stand til at tilpasse mig, når det sker forandringer.	5 (1%)	13 (3%)	58 (12%)	110 (23%)	285 (61%)
2. Jeg kan håndtere, hvad jeg end måtte komme ud for.	8 (2%)	29 (6%)	86 (18%)	122 (26%)	226 (48%)
3. Når jeg står overfor problemer, prøver jeg at se tingene fra den humanistiske side.	7 (1%)	35 (8%)	78 (17%)	89 (19%)	262 (56%)
4. Det kan gøre mig stærkere, at skulle håndtere stress	42 (8%)	60 (13%)	108 (23%)	76 (16%)	183 (39%)
5. Jeg plejer at komme ovenpå igen efter sygdom, skader eller anden modgang.	4 (1%)	3 (1%)	32 (7%)	77 (16%)	355 (75%)
6. Jeg tror, jeg kan nå mine mål, selvom der er forhindrer	11 (2%)	18 (4%)	60 (13%)	109 (23%)	273 (58%)
7. Under pres bevarer jeg fokus og tænker klart.	15 (3%)	25 (5%)	79 (17%)	108 (23%)	244 (52%)
8. Jeg mister ikke så let modet, når noget går galt.	11 (2%)	18 (4%)	70 (15%)	108 (23%)	264 (56%)
9. Jeg ser mig selv som en stærk person, når jeg står overfor livets udfordringer og vanskeligheder.	10 (2%)	21 (4%)	66 (14%)	101 (21%)	273 (58%)
10. Jeg er i stand til, at håndtere ubehagelighed eller smertefulde følelser som tristhed, frygt og vrede.	13 (3%)	27 (6%)	90 (19%)	116 (25%)	225 (48%)
CD-RISC-10 score	Antal borger (% af 471)				
<29 (=ikke robust)	113 (24%)				
≥29 (=robust)	358 (76%)				

Tabel 8. 17 Medicinske tilstande

Tabellen udgør medicinske tilstande, som på Hospitalsenhed Midt følges i medicinske og hjertemedicinske klinikker på Regionshospitalet Viborg-Skive. Hvis antallet af borgere i kategorierne "Egen læge" eller "Et andet hospital end RH Viborg-Skive" er slået sammen skyldes det, at antallet i en af kategorierne "Et andet hospital end RH Viborg-Skive" har været for lille til at præsentere separat.

	Antal borger (% af 471)
1. Hypertension	334 (71%)
Klinik for Nyresygdomme, RH Viborg-Skive	148 (44%)
Hjerteklinikken, RH Viborg-Skive	66 (20%)
Egen læge eller et andet hospital end RH Viborg-Skive	120 (36%)
2. Thyroideasygdom	49 (10%)
Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme, RH Viborg Skive	22 (44%)
Egen læge eller et andet hospital end RH Viborg-Skive	27 (56%)
3. Astma	61 (13%)
Klinik for Lugesygdomme, RH Viborg-Skive	31 (51%)
Egen læge eller et andet hospital end RH Viborg-Skive	30 (49%)
4. Iskæmisk hjertesygdom	162 (34%)
Hjerteklinikken, RH Viborg-Skive	103 (64%)
Egen læge eller et andet hospital end RH Viborg-Skive	47 (29%)
Borgeren bliver ikke fulgt for sin iskæmiske hjertesygdom	12 (7%)
5. Gastroesofageal refluxsygdom	72 (15%)
Klinik for Mave-Tarmsygdomme, RH Viborg-Skive	3 (4%)
Egen læge	69 (96%)
6. Diabetes	212 (45%)
Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme, RH Viborg-Skive	127 (60%)
Egen læge	74 (35%)
Et andet hospital end RH Viborg-Skive	11 (5%)
7. Kronisk obstruktiv lungesygdom	99 (21%)
Klinik for Lugesygdomme, RH Viborg-Skive	60 (61%)
Egen læge	32 (32%)
Et andet hospital end RH Viborg-Skive	7 (7%)
8. Irritabel tyktarmssyndrom	8 (2%)
Klinik for Mave-Tarmsygdomme, RH Viborg-Skive	5 (63%)
Egen læge	3 (37%)
9. Funktionel eller opioid-induceret obstipation	20 (4%)
Klinik for Mave-Tarmsygdomme, RH Viborg-Skive	4 (20%)
Egen læge eller et andet hospital end RH Viborg-Skive	16 (80%)
10. Kroniske nyreinsufficiens	242 (51%)
Klinik for Nyresygdomme, RH Viborg-Skive	216 (89%)
Egen læge et andet hospital end RH Viborg-Skive	26 (11%)
11. Atrieflimmer eller atrieflagren*	167 (35%)
Hjerteklinikken, RH Viborg-Skive	116 (69%)
Egen læge	45 (27%)
Et andet hospital end RH Viborg-Skive	10 (6%)
12. Hjertesvigt	138 (29%)
Hjerteklinikken, RH Viborg-Skive	109 (79%)
Egen læge	23 (17%)
Et andet hospital end RH Viborg-Skive	6 (4%)
13. Psoriasis eller eksem	41 (9%)

Klinik for Hudsygdomme, RH Viborg-Skive	14 (34%)
Egen læge	22 (54%)
Et andet hospital end RH Viborg-Skive	5 (12%)
14. Inflammatoriske tarmsygdom	40 (8%)
Klinik for Mave-Tarmsygdomme, RH Viborg-Skive	36 (90%)
Egen læge eller et andet hospital end RH Viborg-Skive	4 (10%)
15. Bronkieektasi (og KOL med bronchiektasi)	23 (5%)
Klinik for Lungesygdomme, RH Viborg-Skive	19 (82%)
Egen læge eller et andet hospital end RH Viborg-Skive	4 (16%)
16. Viral hepatitis	7 (1%)
17. Kronisk levercirrose	16 (3%)

RH; Regionshospitalet

*Det var muligt at angive flere svar, da man kan forestille sig en borger, hvor frekvenskontrollerende behandling foregår på hospitalet og AK-behandling varetages af egen læge.

Kategorien "Egen læge" indeholder borgere, der har lyst, det er egen læge, der behandler deres kroniske tilstand og borgere, der har oplyst, at de ikke bliver fulgt for den pågældende kroniske tilstand. Oftest har sidstnævnte kategori indeholdt så få personer, at det ikke har været muligt at fremstille data anonymt.

Tabel 9. 13 Ikke-medicinske tilstande

De ikke-medicinske tilstande udgør både kroniske medicinske tilstande, der ikke følges på Regionshospitalet Viborg-Skive og kroniske tilstande, der følges i andre klinikker end medicinske eller hjertemedicinske.

	Antal borger (% af 471)
1. Depression	78 (17%)
Regionspsykiatrien i Region Midtjylland	14 (18%)
Egen læge	41 (53%)
Privat praktiserende psykolog eller psykiater	3 (4%)
Borgeren bliver ikke fulgt for sin depression	20 (26%)
2. Angst eller tilpasnings-/belastningsreaktion	45 (10%)
Regionspsykiatrien i Region Midtjylland	15 (33%)
Egen læge	16 (36%)
Privat praktiserende psykolog eller psykiater	6 (13%)
Borgeren bliver ikke fulgt for sin angst eller tilpasnings-/belastningsreaktion	8 (18%)
3. Kræft	145 (31%)
En kræftafdeling i Region Midtjylland*	85 (59%)
Egen læge*	12 (8%)
En urologisk afdeling i Region Midtjylland*	32 (22%)
Borgeren bliver ikke fulgt for sin kræftsygdom*	17 (12%)
4. Apopleksi eller Transitorisk cerebral iskæmi	60 (13%)
En neurologisk afdeling i Region Midtjylland	5 (8%)
Egen læge	26 (43%)
Borgeren bliver ikke fulgt eller behandlet for sin apopleksi/TCI	29 (48%)
5. Perifer vaskulær sygdom	40 (8%)
En karkirurgisk klinik i Region Midtjylland	15 (38%)
Egen læge	13 (33%)
Borgeren bliver ikke fulgt for sin perifer vaskulære sygdom	12 (30%)
6. Prostata sygdom (kun mænd)	85 (26%)
En kræftafdeling i Region Midtjylland	7 (8%)
Egen læge	31 (36%)
En urologisk afdeling i Region Midtjylland	28 (33%)

Borgeren bliver ikke fulgt for sin prostata sygdom	19 (22%)
7. Epilepsi	12 (3%)
8. Skizofreni eller bipolar sindslidelse	11 (2%)
Regionspsykiatrien i Region Midtjylland	8 (73%)
Egen læge	3 (27%)
Privat praktiserende psykolog eller psykiater	-
Borgeren bliver ikke fulgt for sin skizofreni eller bipolar sindslidelse	-
9. Migræne	14 (3%)
En neurologisk klinik i Region Midtjylland	3 (21%)
Egen læge	7 (50%)
Borgeren bliver ikke fulgt for sin migræne	4 (29%)
10. Anorexia eller bulimi	-
Regionspsykiatrien i Region Midtjylland	-
Egen læge	-
Privatpraktiserende psykolog eller psykiater	-
Borgeren bliver ikke fulgt for anorexia eller bulimi	-
11. Parkinson sygdom	<5
En neurologisk klinik i Region Midtjylland	<5
Egen læge	-
Privat praktiserende neurolog	-
Borgeren bliver ikke fulgt for sin Parkinson sygdom	-
12. Multiple sclerose	6 (1%)
En Neurologisk klinik i Region Midtjylland	6 (100%)
Egen læge	-
Privat praktiserende neurolog	-
Borgeren bliver ikke fulgt for sin multiple sklerose	-
13. Gigtsygdomme*	104 (22%)
En gigtafdeling i Region Midtjylland	74 (71%)
Egen læge	22 (21%)
Borgeren bliver ikke fulgt for sin rheumatologiske sygdom	8 (8%)

*mulighed for flere krydser grundet parallelle forløb på urologisk afdeling og kræftafdeling ved prostatakræft.

**Rheumatoid arthritis, andre inflammatoriske polyarthriter eller systematiske bindevævssygdomme

Tabel 10. Andre kroniske tilstande

	Antal borger (% af 471)
1. Kompleks kronisk smertetilstand	158 (34%)
2. Hørenedsættelse	147 (31%)
3. Symptomatisk ukompliceret divertikel sygdom	48 (10%)
4. Glaukom (grøn stær)	26 (6%)
5. Blind eller svagt synet	68 (14%)
6. Kronisk bihulebetændelse	21 (4%)
7. Indlæringsvanskeligheder (IQ under 70)	<5
8. Alkoholoverforbrug	42 (9%)
9. Misbrug af andre psykoaktive stoffer	4 (1%)

Tabel 11. Antal borgere med flere kroniske tilstande

De kroniske diagnoser tilstande, der her er talt med i antallet af kroniske tilstande pr. borger er de 39 kroniske diagnoser (17 medicinske, 13 ikke-medicinske og 9 andre diagnoser), som også indgår i tabel 8-10.

	Antal borger (% af 471)
Antal kroniske sygdomme pr borger, gennemsnit (SD)	5,97 (2,29)
Borgere med 2 kroniske tilstande	16 (3%)
Borgere med 3 kroniske tilstande	39 (8%)
Borgere med 4 kroniske tilstande	75 (16%)
Borgere med 5 kroniske tilstande	92 (20%)
Borgere med 6 kroniske tilstande	78 (17%)
Borgere med ≥7 kroniske tilstande	171 (36%)

SD; standard deviation

Indlæggelser

Tabel 12. Antal indlæggelser, sengedage og genindlæggelser

	Antal	% (%kumuleret)
Antal indlæggelser i alt¹	370	
Antal borgere med indlæggelse i løbet af de 180 dage	190	
Median antal indlæggelser ^{1,2} af borgere med indlæggelse (IQR)	1(1)	
Antal borgere med indlæggelser		
Borgere med 0 indlæggelse	281	60% (60%)
Borgere med 1 indlæggelse	103	22% (82%)
Borgere med 2 indlæggelser	45	9% (91%)
Borgere med 3-4 indlæggelser	30	6% (97%)
Borgere med > 4 indlæggelser	12	3% (100%)
Antal sengedage¹	1789	
Sengedage ¹ pr. indlagt borger median (IQR)	6 (10)	
Borgere med <2 døgn indlæggelse	45	24% (24%)
Borgere med 2 til <5 døgn indlæggelse	44	23% (47%)
Borgere med 5 til <10 døgn indlæggelse	41	21% (68%)
Borgere med 10+ døgn indlæggelse	60	32 % (100%)
Antal genindlæggelser i alt^{1,2}	160	
Antal borgere med genindlæggelse i løbet af de 180 dage	84	
Median antal genindlæggelser ^{1,2} af borgere med genindlæggelse (IQR)	1(1,5)	
Borgere med 1 genindlæggelse	44	52% (52%)
Borgere med 2 genindlæggelser	19	23 % (75%)
Borgere med ≥3 genindlæggelser	21	25% (100%)
Genindlæggelsesrate (160/370 x 100%)	43%	

IQR; Interquartil interval

¹Uanset årsag og afdeling/afsnit. Data er indhentet fra Landspatientregisteret og Landspatientregisteret – psykiatri, hvor indlæggelsesdatoen og udskrivelses dato fremgår.

²En genindlæggelse defineres som en indlæggelse ≤30 dage efter sidste indlæggelsesudskrivelsesdato. Hvis en borger har haft en indlæggelse ≤30 dage før en indlæggelse, der falder i observationsperioden på 180 dage, tæller indlæggelsen med som en genindlæggelse.

Tabel 13. Aktionsdiagnoser for indlæggelser og genindlæggelser

	Total (borgere)	Antal akut/ planlagte
Indlæggelser og genindlæggelser i alt	370 (190)	294/76
Visse infektioner og parasitære sygdomme (DA00x-DB99x) i alt	23 (22)	-
Viral hepatitis (DB15x, DB16x, DB17x, DB18x, DB19x)	<5	-
Neoplasmer (DC00-DD48) og Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet(DD50x-DD89x), i alt	20 (12)	6/14
Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme, i alt (DE00x-DE90x)	16 (13)	-
Thyroideasygdom (DE00-DE07)	0	-
Diabetes (DE10-DE14)	8	-
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (DF00x-DF99x)	14	-
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser (DF20-DF29)	<5	-
Bipolar affektiv sindslidelse (DF31x)	7	-
Depression (DF32x, DF33x)	0	-
Angst (DF40-DF48)	0	-
Anorexia og bulimi (DF50x)	0	-
Sygdomme i nervesystemet (DG00x-DG99x)	7	-
Parkinson sygdom (DG20-DG26)	0	-
Dissemineret sklerose (DG35-DG37)	<5	-
Epilepsi (DG40x)	0	-
Migræne (DG43x)	0	-
Apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (DI61x, DI63x, DG45)*	<5	-
Sygdomme i øje og øjenomgivelser (DH00-DH59)	0	-
Blindhed og svagt synet (DH54x)	0	-
Glaukom (DH40-DH42)	0	-
Aldersbetinget grå stær (DH25)	0	-
Sygdomme i øre og processus mastoideus (DH60x-DH95x)	0	-
Hørenedsættelse (DH90x og DH91x)	0	-
Sygdomme i kredsløbsorganer (DI00x-DI99x)	70 (48)	54/16
Blodtryksforhøjelse (DI10x-DI15x)	<5	-
Iskæmiske hjertesygdomme (DI20x-DI25x)	10	-
Andre former for hjertesygdom (DI3x og DI52x)	11	-
Atrieflagren og atrieflimmer (DI48x)	13	-
Hjertesvigt (DI50x)	16	-
Sygdomme i perifere kar UNS (DI739x)	<5	-
Sygdomme i åndedrætsorganer (DJ00x-DJ99x)	57 (38)	-
Kronisk obstruktiv lungesygdom (DJ44x)	10	-
Kronisk bihulebetændelse (DJ32x)	0	-
Astma (DJ45x)	<5	-
Bronkiektasi (DJ47x)	0	-
Sygdomme i fordøjelsesorganer (DK00x-DK93x)	30 (24)	-
Gastro-øsofageal reflux (DK21x)	0	-
Crohns sygdom og Ulcerøs colitis (DK50x og DK51x)	<5	-
Irritabel tyktarm (DK58x)	0	-
Andre ikke-infektiose betændelsestilstande (DK52x)	<5	-

Sygdomme i spiserøret, mavesækken og tolvfingertarmen (DK20-DK31)	0	-
Symptomatisk ukompliceret divertikel sygdom (DK571x, DK573x, DK575x og DK679x)	<5	-
Kronisk levercirrose (DK703, DK717x, DK745, DK746x)	<5	-
Forstoppelse (DK590)	<5	-
Sygdomme i hud og underhud (DL00x-DL99x)/ Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (DM00x-DM99x)	11	-
Atopisk eksem, psoriasis og nummulat eksem (DL20x, DL40x og DL300)	0	-
Rheumatoid arthritis, Psoriasis gigt og Spondylarthritis (DM05-DM14)	<5	-
Systemiske bindevævssygdomme (DM32x, DM34x, DM35x, DM313x)	<5	-
Sygdomme i urin- og kønsorganer (DN00x-DN99x)	44 (33)	35/9
Prostatasygdom (DN40x, DN41x og DN42x)	0	-
Nyreinsufficiens (DN17x-DN19x)	33	-
Symptomer og abnorme fund (DR00-DR99)	41 (32)	-
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger (DS00x-DT98x)	17	-
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet (DZ00x-DZ99x)	20 (20)	12/8

*Diagnoserne Hjerneblødning (DI61x) og Hjerneinfarkt (DI63x) tilhørende kapitlet *Sygdomme i kredsløbsorganer* er tilføjet under kapitlet *Sygdomme i nervesystemet*

Tabel 14. Operationer under indlæggelser og ambulante operationer

Tabellen bygger på tabellen for klassifikation af operationer, procedurekoder og tillægsprocedure.

	Antal operationer (Fordelt på antal borgere)	Antal akut/ planlagt
Antal operationer	560 (189)	109/451
Ambulante operationer ¹	389 (157)	9/380
Operationer under indlæggelse ²	171 (75)	100/71
Operationstype, i alt (Kx)		
Operationer på øjne og øjenomgivelser (KCx)	48	0/48
Operationer på hjerte og store intratorakale kar (KFx)	22	-
Operationer på åndedrætsorganer, brystkasse, mediastium og diafragma (KGx)	23	11/12
Operationer på fordøjelsesorganer og milt (KJx)	47	18/29
Operationer på urinveje, mandlige kønsorganer og retroperitonealt væv (KKx)	20	7/13
Operationer på bevægeapparatet (KNx)	31	18/13
Operationer på perifere kar og lymfesystemet (KPx)	18	-
Operationer på hud og underhud (KQx)	100	-
Mindre kirurgiske procedure (KTx)	62	14/48
Endoskopier gennem naturlige og kunstige legemsåbninger (KUx)	135	18/117
Procedure udført i forbindelse med operation (KWx)	5	-
Perkutan lukning af kateteradgang (KZFX20)	20	-
Øvrige (operationer på nervesystemet (KAx), operationer på øre, næse og strubehoved (KDx) og operationer på læber, tænder, kæber, mund og svælg (KEx))	15	10 /5
Operationer på endokrine organer (KBx), Operationer på bryst (KHx), Operationer på kvindelige kønsorganer (KLx), Obstetriske operationer (KMx), Ukendt operation(KXx), Udtagning af væv til transplantation (KYx) og KZ øvrige	14	-

^BProcedure kode og tillægsprocedure er medtaget, hvorfor der vil kunne være operationer foretaget under indlæggelse med anden aktionsdiagnose fx en endoskopi under indlæggelse for "gastrointestinalt sår med blødning". Aktionsdiagnosen "gastrointestinalt sår med blødning" vil i givet fald også fremgå af tabel 13.

¹En ambulant operation er defineret ved en operation, procedure eller tillægsprocedure, der foretaget i forbindelse med et ambulant fysisk fremmøde

²En operation under indlæggelse er defineret ved en operation, procedure eller tillægsprocedure, der foretaget i forbindelse med en indlæggelse

Ambulante hospitalskontakter

Tabel 15. Ambulante hospitalskontakter undtaget kontakter til hæmodialyse

Der var 2169 planlagte ambulante fysiske kontakter til hæmodialyse ved kronisk nyresygdom (BJFD20) fordelt på 35 borgere. Disse ambulante fysiske fremmøder indgår ikke i denne tabel.

	Antal kontakter (fordelt på antal borgere)	Antal akut/ planlagte
Ambulante hospitalskontakter i alt ¹	4393 (449)	-
Ambulante fysisk fremmøde	3066 (443)	107/2959
Virtuelle kontakter* (telefonkonsultation og videokonsultation)	1295 (324)	566/729
Udekontakt (hjemmebesøg udført af fx ilt-sygeplejerske)	32 (22)	-
Billeddiagnostik ²	755 (307)	39/716

*Virtuelle kontakter kan både være telefonkonsultationer og videokonsultationer. Procedurekoden for videokonsultationer (BVAA33D) er anvendt <5 gange og resten af de virtuelle kontakter havde procedurekoden telefonkonsultationer (BVAA33A).

¹Opnås fra tabellen kontakter

²Opnås fra **Kapitel UX Klassifikation af undersøgelser**. Hvis borgeren har fået udført flere billeddiagnostiske undersøgelser med samme billeddiagnostisk modalitet (fx røntgen af hofte **og** knæ) ved samme kontakt tælles det som én billeddiagnostik undersøgelse. Ellers er det talt med som flere billeddiagnostiske undersøgelser. Billeddiagnostiske undersøgelser udført under indlæggelse fremgår ikke af denne tabel.

Tabel 16. Aktionsdiagnoser for ambulante fysisk fremmøder

Kontakter til hæmodialyse indgår ikke.

	Antal kontakter (fordelt på antal borgere)	Antal akut/ planlagt e
Ambulant fysisk fremmøde i alt	3066 (443)	107/ 2959
Visse infektioner og parasitære sygdomme (DA00x-DB99x) i alt	14 (11)	<5/-
Viral hepatitis (DB15x, DB16x, DB17x, DB18x, DB19x)	<5	-
Neoplasmer (DC00-DD48), i alt	258 (70)	<5/-
Kræftsygdomme (DC00-96)	238 (60)	-
Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet (DD50x-DD89x)	31 (19)	<5/-
Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme, i alt (DE00x-DE90x)	245 (124)	<5/-
Thyroideasygdom (DE00-DE07)	11	0/11
Diabetes (DE10-DE14)	27	-
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (DF00x-DF99x)	51	0/46
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser (DF20-DF29)	<5	-
Bipolar affektiv sindslidelse (DF31x)	9	-
Depression (DF32x, DF33x)	<5	-
Angst (DF40-DF48)	33	-
Anorexia og bulimi (DF50x)	0	-
Sygdomme i nervesystemet (DG00x-DG99x)	43 (27)	<5/-
Parkinson sygdom (DG20-DG26)	<5	-

Dissemineret sklerose (DG35-DG37)	<5	-
Epilepsi (DG40x)	<5	-
Migræne (DG43x)	<5	-
Søvnforstyrrelser (DG47)	12	
Apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (DI61x, DI63x, DG45)	<5	-
Sygdomme i øje og øjenomgivelser (DH00-DH59)	98 (30)	0/98
Blindhed og svagt synet (DH54x)	0	-
Glaukom (DH40-DH42)	<5	-
Aldersbetinget grå stær (DH25)	21	-
Sygdomme i øre og processus mastoideus (DH60x-DH95x)	34 (17)	0/34
Hørenedsættelse (DH90x og DH91x)	34	-
Sygdomme i kredsløbsorganer (DI00x-DI99x)	363 (141)	10/353
Blodtryksforhøjelse (DI10x-DI15x)	13	-
Iskæmiske hjertesygdomme (DI20x-DI25x)	55	-
Atrieflagren og atrieflimmer (DI48x)	59	-
Hjertesvigt (DI50x)	156	<5/-
Perifer vaskulær sygdom (DI739x)	6	-
Sygdomme i åndedrætsorganer (DJ00x-DJ99x)	71 (43)	9/62
Kronisk bihulebetændelse (DJ32x)	<5	-
Astma (DJ45x)	16	-
Kronisk obstruktiv lungesygdom (DJ44x)	15	-
Bronkiektasi (DJ47x)	<5	-
Sygdomme i fordøjelsesorganer (DK00x-DK93x)	128 (60)	<5/-
Gastro-øsofageal reflux (DK21x)	<5	-
Crohns sygdom og Ulcerøs colitis (DK50x og DK51x)	63	
Irritabel tyktarm (DK58x)	0	-
Andre ikke-infektive betændelsestilstande (DK52x)	5	-
Sygdomme i spiserøret, mavesækken og tolvfingertarmen (DK20-DK31)	12	-
Symptomatisk ukompliceret divertikel sygdom (DK571x, DK573x, DK575x og DK679x)	<5	-
Kronisk levercirrose (DK703, DK717x, DK745, DK746x)	9	-
Forstoppelse (DK590)	0	-
Sygdomme i hud og underhud (DL00x-DL99x)	106 (32)	<5/-
Atopisk eksem, psoriasis og nummulat eksem (DL20x, DL40x og DL300)	43	-
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (DM00x-DM99x)	139 (81)	<5/-
Rheumatoid arthritis, Psoriasis gigt og Spondylarthritis (DM05-DM14)	47	-
Systemiske bindevævssygdomme (DM32x, DM34x, DM35x, DM313x)	5	-
Sygdomme i urin- og kønsorganer (DN00x-DN99x)	426 (123)	11/415
Prostata sygdom (DN40x, DN41x og DN42x)	<5	-
Nyreinsufficiens (DN17x-DN19x)	401	-
Andre særlige undersøgelser af personer uden klager eller diagnoser (DZ01)	538 (257)	0/538
Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom (DZ03)	117 (64)	13/104
Symptomer og abnorme fund (DR00-DR99)	92 (62)	23/69
Kontakter mhp. genoptræning (DZ50)	43 (18)	0/43
Tilstand med transplanteret organ eller væv (DZ94)	82 (19)	<5/-
Tilstand med hjerte- eller karimplantater og transplantater (DZ95)	30 (24)	<5/-
Andet (DQ, DS, DT og øvrige DZ koder)	157 (86)	23/134

Tabel 17. Aktionsdiagnoser for virtuelle kontakter

Virtuelle kontakter kan både være telefonkonsultationer og videokonsultationer. Procedurekoden for videokonsultationer (BVAA33D) er anvendt <5 gange og resten af de virtuelle kontakter havde procedurekoden telefonkonsultationer (BVAA33A).

	Antal kontakter (fordelt på antal borgere)	Antal akut/ Planlagte
Virtuelle kontakter i alt	1295 (324)	566/729
Visse infektioner og parasitære sygdomme (DA00x-DB99x)	15	6/9
Viral hepatitis (DB15x, DB16x, DB17x, DB18x, DB19x)	<5	-
Neoplasmer (DC00-DD48)	99 (43)	31/68
Kræftsygdomme (DC00-96)	93	-
Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet (DD50x-DD89x)	11 (5)	-
Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme, i alt (DE00x-DE90x)	183 (79)	75/108
Thyroideasygdom (DE00-DE07)	8	-
Diabetes (DE10-DE14)	147 (60)	57/90
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (DF00x-DF99x)	38 (8)	15/23
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser (DF20-DF29)	21	8/13
Bipolar affektiv sindslidelse (DF31x)	>5	-
Depression (DF32x, DF33x)	0	-
Angst (DF40-DF48)	>5	-
Anorexia og bulimi (DF50x)	0	-
Sygdomme i nervesystemet (DG00x-DG99x)	39 (26)	23/16
Parkinson sygdom (DG20-DG26)	<5	-
Dissemineret sklerose (DG35-DG37)	5	-
Epilepsi (DG40x)	6	-
Migræne (DG43x)	0	-
Apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (DI61x, DI63x, DG45)	<5	-
Sygdomme i øje og øjenomgivelser (DH00-DH59)	5 (<5)	-
Blindhed og svagt synet (DH54x)	-	-
Glaukom (DH40-DH42)	-	-
Sygdomme i øre og processus mastoideus (DH60x-DH95x)*	<5 (<5)	-
Hørenedsættelse (DH90x og DH91x)	-	-
Sygdomme i kredsløbsorganer (DI00x-DI99x)	202 (84)	101/101
Blodtryksforhøjelse (DI10x-DI15x)	<10	-
Iskæmiske hjertesygdomme (DI20x-DI25x)	7	-
Atrieflagren og atrieflimmer (DI48x)	28 (14)	8/20
Hjertesvigt (DI50x)	115 (45)	60/55
Perifer vaskulær sygdom (DI739x)	<5	-
Sygdomme i åndedrætsorganer (DJ00x-DJ99x)	54 (29)	19/35
Kronisk bihulebetændelse (DJ32x)	-	-
Astma (DJ45x)	-	-
Kronisk obstruktiv lungesygdom (DJ44x)	15 (9)	6/9
Bronkiektasi (DJ47x)	-	-
Sygdomme i fordøjelsesorganer (DK00x-DK93x)	86 (43)	34/52

Gastro-øsofageal reflux (DK21x)	0	-
Crohns sygdom og Ulcerøs colitis (DK50x og DK51x)	35	16/19
Irritabel tyktarm (DK58x)	13	
Andre ikke-infektøse betændelsestilstande (DK52x)	6	-
Symptomatisk ukompliceret divertiel sygdom (DK571x, DK573x, DK575x og DK679x)	0	-
Kronisk levercirrose (DK703, DK717x, DK745, DK746x)	13	-
Forstoppelse (DK590)	0	-
Sygdomme i spiserøret, mavesækken og tolvfingertarmen (DK20-DK31)	7	-
Sygdomme i hud og underhud (DL00x-DL99x)	24	9/15
Atopisk eksem, psoriasis og nummulat eksem (DL20x, DL40x og DL300)	12	-
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (DM00x-DM99x)	96 (46)	50/46
Rheumatoid arthritis, Psoriasis gigt og Spondylarthritis (DM05-DM14)	42 (22)	26/16
Systemiske bindevævssygdomme (DM32x, DM34x, DM35x, DM313x)	18	5/13
Sygdomme i urin- og kønsorganer (DN00x-DN99x)	191 (75)	106/85
Prostatasygdom (DN40x, DN41x og DN42x)	<5	-
Nyreinsufficiens (DN17x-DN19x)	-	-
Andre særlige undersøgelser af personer uden klager eller diagnoser (DZ01)**	<5	-
Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom (DZ03)	26 (21)	19/7
Symptomer og abnorme fund (DR00-DR99)	46 (28)	10/36
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet DZ00-DZ99)**	165 (61)	47/118
Andet (DQ, DS, DT og DH)*	15	-

*Antal fremgår også under kategorien "Andet", da anonymiteten ellers ikke kan holdes.

**Antallet fremgår også under kategorien DZ-DZ99, da anonymiteten ellers brydes.

Tabel 18. Aktionsdiagnoser for udekontakter

	Antal kontakter (fordelt på antal borgere)	Antal akut/planlagte
Udekontakter	32 (22)	-
Sygdomme i åndedrætsorganer (DJ00x-DJ99x)	11 (9)	-
Nyreinsufficiens (DN17x-DN19x)	7 (6)	-
Andet	14 (8)	-

Kontakter i primær sektor

Tabel 19. Kontakter og ydelser i almen praksis - dagtid

Almen praksis, ikke privatpraktiserende speciallæger	Antal	Fordelt på antal borgere
Samlet antal grundydelse dagtid (kl 8-16)	3423	388
Konsultation (0101)	1196	287
Årsstatus/aftalt specifik forebyggelse (0120)	64	59
Telefonkonsultation (0201)	913	253
Aftalt telefonkonsultation (0204)	21	-
Socialmedicinsk telefonkonsultation (3201)	27	-
Lægefaglig vurdering af patienter på kommunal akutfunktion/akutteam (0124)	11	-
E-konsultation (0105)	871	219
E-konsultation med kommunen (0127)	88	32
Videokonsultation (0125)	0	-
Samtaleterapi (6101)	32	-
Konsulterende samtale til børn og familier (0128)	0	-
Abortstøttesamtale (0122)	0	-
Hjemmebesøg og sygebesøg (0411-0461, 0491) og opsøgende hjemmebesøg (0121)	194	72
Opfølgende hjemmebesøg, 1. kontakt (4213)*	6	6
Opfølgende hjemmebesøg, 2 og 3. kontakt (4215)*	0	-
Sundhedstjek til borgere på botilbud	0	-
Videokonference pr. påbegyndt modul af 10 minutter (0126)	0	-
Møder med social- og sundhedsforvaltningen pr. påbegyndt modul af 10 minutter (3304)	0	-
Kronikerprogram		
Kroniker KOL/diabetes (0132)	215	17
Kroniker KOL (0130)	322	31
Kroniker diabetes (0131)	679	58
Afslutning, kronikerhonorar (0133)	<5	-
Tillægsydelser		
Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse (2101)	338	179
Øvrige tillægsydelser (alle fraset 2101)	326	-
Laboratorieundersøgelser		
Urinundersøgelse ved stix (7101)	124	64
Bakterier (7105)	45	-
Urin til resistensbestemmelse (7189)	44	26
B-hæmoglobin (7108)	130	-
Svælg-streptokok antigen (7109)	7	-
Udvidet lungefunktionsundersøgelse med spirometri (7113)	8	-
Maskinel leukocyt- og differentialtælling (7115)	75	-
Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin (7116)	<5	-
Audiometri/tympanometri (7118)	<5	-
C-reaktiv protein (7120)	142	-

Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation (7121)	0	-
Fasekontrastmikroskopi af urin (7122)	30	-
PP-INR (kogulationsfaktorer) (7126)	116	16
B-glukose (7136)	44	-
Elektrokardiografi, inkl. prækordialafledninger (7156)	73	-
Svangerskabsreaktion, urin choriongonadotropin (7151)	0	-
Sænkingsreaktion (7177)	22	-
Lungefunktionsundersøgelse (peak flow) (7189)	44	26
Attester		
1. tvangsindlæggelse eller genindlæggelse (5001 og 5002)	0	-
Attestarbejde ved ansøgning om tilskud til terminalpatienter (5093)	<5	-
Momspligtigt attestarbejde ved ansøgning om tilskud til terminalpatienter (5993)	<5	-
Profylakse		
Vaccinationer med klausuleret tilskud (8940)	7	-

*Ingen af de opfølgende hjemmebesøg er foregået via video.

Tabel 20. Kontakter og ydelser i almen praksis – vagttid

	Antal	Fordelt på antal borgere
Grundydelse vagttid¹		
Konsultation (0101)	51	35
Telefonkonsultation uden besøg/konsultation (0501)	146	82
Telefonkonsultation med besøg/konsultation (0602)	91	63
Videokonsultation (0125)	<5	-
Besøg (0471)	72	56
Tillægsydelser		
Alle tillægsydelser (ved sygebesøg, konsultation og videokonsultation)	24	19
Laboratorieundersøgelser		
Urinundersøgelse ved stix (7101)	<5	-
B-hæmoglobin (7108)	0	-
Svælg-streptokok antigen (7109)	0	-
C-reaktiv protein (7120)	0	-
B-glukose (fotometer) (7136)	0	-
Elektrokardiogram (7156)	0	-
Lungefunktionsundersøgelse (peak flow) (7175)	0	-
Attester		
1. tvangsindlæggelse eller genindlæggelse (5001 og 5002)	0	-

¹Det samlede antal grundydelse i vagttid kan ikke angives, da det vil afsløre antallet af videokonsultationer

Tabel 21. Kontakter til privat praktiserende speciallæger og øvrige specialer

	Antal	Fordelt på antal borgere
Privat praktiserende speciallæger¹		
Hudlæge (04)	0	-
Reumatologi (06)	77	-
Gynækologi/obstetrik (07)	17	-
Kirurgi (09)	0	-
Neurologi (18)	<5	-
Øjenlæge (19)	307	92
Ortopædkirurgi (20)	0	-
Øre-næse-halslæge (21)	130	36
Psykiatri (24)	7	-
Øvrige privat praktiserende speciallæger	0	-
Øvrige ydelser²		
Tandlæge (50)	887	195
Fysioterapi (51)	648	28
Kiropraktik (53) ³	34	-
Fodterapi (54)	370	108
Bøjlebehandling af nedgroet negl (55)	15	-
Genoptræning (58)	0	-
Vederlagsfrit fysioterapi (62)	1669	27
Psykologhjælp (63)	13	-
Kiropraktik (64) ³	<5	-
Ridefysioterapi (65)	76	-
Andre ydelser (60)	19	-

¹Det samlede antal kontakter til privat praktiserende speciallæger kan ikke angives, da det vil afsløre antallet af kontakter i neurologi.

²Det samlede antal øvrige ydelser kan ikke angives, da det vil afsløre antallet af ydelser til kiropraktik (64).

³Sygesikringsregisteret har ikke kunne redegøre for forskellen på kiropraktik (53) og kiropraktik (64).

Tabel 22. Regressionsanalyser

	Borgere med genindlæggelse/-r (n=84)
Forklarende variabler	
Alder >65 år (n=302)	1,61 (CI: 0,95 – 2,71)
Køn Kvinder (n=161)	0,89 (CI: 0,54 – 1,48)
Civilstand Bor alene (n=185)	1,27 (CI: 0,79 – 2,05)
Antal kroniske sygdomme ≥7 kroniske sygdomme (n=171)	1,49 (CI: 0,92 – 2,40)
Uddannelsesniveau Lav uddannelsesniveau (n= 342)	1,75 (CI: 0,97 – 3,15)
Ikke-robuste (n=113)	1,34 (CI: 0,79 – 2,27)
Skrøbelige (n=221)	2,69 (CI: 1,64 – 4,42)*
Fedme klasse I-III (n=181)	0,67 (CI: 0,40 – 1,11)
Daglig rygning (n=72)	1,02 (CI: 0,53 – 1,96)

CI: 95% konfidensinterval

Civilstand: Samboende eller gift = 0, Single (ugift, separeret, fraskilt, enke) = 1

Lav uddannelsesniveau: Kort uddannelse eller kortere kurser, erhvervsmæssig uddannelse/faglært

*Signifikant (p-værdi <0.001)

SKARB – *samarbejde om borgerne*

Skive Sundhedshus – **K**ommune – **A**lmen praksis – **R**egion og **B**orger

Resultater

SKARB fase 1 – Skive borgere

Af overlæge, ph.d. og projektleder Lene Kongsgaard Nielsen (primær skribent),
oversygeplejerske Anne Dorthe Bjerrum (projektansvarlig) og
leder Marianne Balsby (projektansvarlig)

Indhold

Resultater.....	3
Tabel 1. Borger karakteristika	3
Tabel 2. Alkohol og tobak	3
Tabel 3. Selvrapporteret forbrug af kommunale ydelser på inklusionstidspunktet.....	4
Tabel 4. Vægt og BMI.....	4
Tabel 5. Behovsscreening	5
Tabel 6. Tilburg Frailty Indicator	6
Tabel 7. Connor-Davidson resiliens-scala 10 (CD-RISC-10)	7
Tabel 8. 17 Medicinske diagnose.....	8
Tabel 9. 13 Ikke-medicinske diagnoser.....	9
Tabel 10. Andre kroniske diagnoser	10
Tabel 11. Antal borgere med flere kroniske diagnoser	10
Indlæggelser.....	11
Tabel 12. Antal indlæggelser, sengedage og genindlæggelser.....	11
Tabel 13. Aktionsdiagnoser for indlæggelser og genindlæggelser	12
Tabel 14. Operationer under indlæggelser og ambulante operationer	12
Ambulante hospitalskontakter	13
Tabel 15. Ambulante hospitalskontakter kontakter til hæmodialyse undtaget	13
Tabel 16. Aktionsdiagnoser for ambulante fysisk fremmøder	14
Tabel 17. Aktionsdiagnoser for virtuelle kontakter.....	15
Tabel 18. Aktionsdiagnoser for udekontakter.....	15
Kontakter i primær sektor	16
Tabel 19. Kontakter og ydelser i almen praksis - dagtid.....	16
Tabel 20. Kontakter og ydelser i almen praksis - vagttid.....	17
Tabel 21. Kontakter til privat praktiserende speciallæger og øvrige specialer.....	18

Resultater

Tabel 1. Borger karakteristika

	Antal borger (% af 126)
Alder (gennemsnit, SD), år	66,67 (12,34)
≤ 50 år	14 (11%)
51 - ≤65 år	34 (27%)
66 - ≤ 75 år	44 (35%)
>=76 år	34 (27%)
Kvinder	43 (34%)
Civilstand	
Gift	65 (52%)
Samboende	10 (8%)
Single (separeret eller fraskilt)	22 (17%)
Single (enke eller enkemand)	20 (16%)
Single (ugift)	9 (7%)
Højest gennemførte uddannelsesniveau	
Kort uddannelse eller kortere kurser	42 (33%)
Erhvervsmæssig uddannelse/faglært	45 (36%)
Kort videregående uddannelse 2-3 år	14 (11%)
Mellemlang videregående uddannelse 3-4 år	22 (17%)
Lang videregående uddannelse	3 (2%)
Nuværende beskæftigelse	
Beskæftigelse på hel- eller deltid	24 (19%)
Dagpenge/kontanthjælp	9 (7%)
Studerende	-
Alderspension eller efterløn	72 (57%)
Førtidspension	21 (17%)
Bor i Skive Kommune	126 (100%)

Tabel 2. Alkohol og tobak

	Antal borger (% af 126)
Ugentlige alkoholindtag	
Intet indenfor de seneste 12 måneder	17 (13%)
0 genstande	57 (45%)
1-14 genstande	39 (31%)
15-29 genstande	13 (10%)
Mere end 30 genstande	-
Borgere med alkohol overforbrug*	14 (11%)
Tidligere højt alkoholforbrug	24 (19%)
Borgere med et dagligt tobaksforbrug	15 (12%)
Tidligere rygere	75 (60%)

*Alkoholoverforbrug defineres som mere end 7 genstande pr uge for kvinder og mere end 14 genstande pr. uge for mænd

Tabel 3. Selvrapporteret forbrug af kommunale ydelser på inklusionstidspunktet

	Antal borger (% af 126)
Rengøring	24 (19%)
Personlig hygiejne	12 (10%)
Medicindosering og/eller administration	21 (17%)
Tilsyn og omsorg (kig-ind-besøg)	9 (7%)
Madservice, hjælp til indkøb og/eller tøjvask	9 (7%)
Botilbud (specialtilbud)	-
Genoptræning	7 (6%)
Hjemmesygeplejerske/sygeplejeklinik	11 (9%)
Hverdagens aktiviteter (strukturbesøg) og/eller hjemmevejledning (post eller lægebesøg), toiletbesøg* eller andet	6 (4%)
Modtager ingen ydelser	83 (66%)

Det har været muligt at klikke flere ydelser af.

*Antallet af borgere i kategorien var for få til at stå alene, hvorfor den er lagt sammen med en anden.

Tabel 4. Vægt og BMI

	Antal borger (% af 126)
Vægt	
<70 kg	29 (23%)
71-≤80 kg	22 (17%)
81-≤90 kg	27 (21%)
91-≤100 kg	19 (15%)
101-≤120 kg	19 (15%)
121->150 kg	10 (8%)
BMI	
< 18,5 (undervægtig) eller 18,5 – 24,9 (normalvægtig)	37 (29%)
≥25 - <30 (overvægtig)	39 (31%)
≥30 - <35 (fedme klasse I)	28 (22%)
≥35 - <40 (fedme klasse II)	16 (13%)
≥40 (fedme klasse III)	6 (5%)

Tabel 5. Behovsscreening

	Antal borger (%)
Nuværende indlæggelse (gælder kun senge afsnittene)*	28
Efter mere end 2 dage	22 (78%)
Indenfor 48 timer	6 (21%)
Tidligere indlæggelser	126
0-1 gang det seneste år	81 (64%)
2-4 gange det seneste år	30 (24%)
Mere end 4 gange det seneste år	15 (12%)
Helbred og funktionstab (sengeafsnittene)*	28
Nej	14 (50%)
Lettere funktionstab og/eller lettere kronisk nedsat funktionsniveau	14 (50%)
Væsentlig funktionstab	-
Helbred og funktionstab (klinikker, kommune og almen praksis)*	98
Nej	67 (68%)
Lettere funktionstab og/eller lettere kronisk nedsat funktionsniveau	26 (27%)
Væsentlig funktionstab	5 (5%)
Ernæring	126
Ingen eller ringe betydning (BMI>24)	89 (71%)
Moderat (fx BMI 20,5-24)	22 (17%)
Væsentlig (fx BMI<20,5 eller utilsigtet vægttab >2 kg de seneste 3 mdr.)	15 (12%)
Sygdom (sengeafsnitter)*	28
Pt har ingen diagnoser eller flere diagnoser, men ingen af flg.: hjertesvigt, KOL med opblussen, cystitis, pneumoni, faldtendens	19 (68%)
Pt har mindst én af flg.: hjertesvigt, KOL med opblussen, cystitis, pneumoni, faldtendens	9 (32%)
Sygdom (klinikker, kommunen og almen praksis)*	98
Pt har flere diagnoser, men ingen af flg.: hjertesvigt, KOL med opblussen, cystitis, pneumoni, faldtendens	61 (62%)
Pt har mindst én af flg.: hjertesvigt, KOL med opblussen, cystitis, pneumoni, faldtendens	37 (38%)
Medicinering (sengeafsnitter)*	28
7 eller færre uden medicinændringer <i>eller</i> 8 eller flere præparater	14 (50%)
Medicinændring ift. før indlæggelse uanset antal og art	14 (50%)
Medicinering (klinikker, kommunen og almen praksis)*	98
7 eller færre uden medicinændringer	19 (19%)
8 eller flere præparater	71 (72%)
Medicinændring indenfor den seneste 1 uge uanset antal	8 (8%)
Kognitive forstyrrelser/problemer	126
Nej	116 (92%)
Moderat eller væsentlige	10 (8%)
Misbrug*	-
Psykiatri	
Ingen psykiatrisk lidelse eller uden betydning	121 (96%)
Moderat eller væsentligt	5 (4%)
Mestring af egen tilværelse	
Ja, borgeren kan overskue og koordinere sin tilværelse	99 (79%)
Borgeren har moderate eller væsentlige problemer med at overskue eller koordinere sin tilværelse	27 (21%)
Score for opfølgende hjemmebesøg, alle borgere, gennemsnit (SD)	16,54 (8%)

Score ≤22	97 (77%)
Score ≥23	29 (23%)
Score ≥31	6 (5%)
Score for opfølgende hjemmebesøg, kun sengeafsnitter, gennemsnit (SD)	21,43 (7%)
Score ≤22	15 (54%)
Score ≥23	13 (46%)
Score for opfølgende hjemmebesøg, kun klinikker, kommunen og almen praksis, gennemsnit (SD)	15,14 (7%)
Score ≤22	82 (84%)
Score ≥23	16 (16%)

*Antallet af borgere i hver svarkategori kan ikke opgives, da anonymiseringen bruges herved.

Tabel 6. Tilburg Frailty Indicator

	Antal borger		
	Ja	Nogle gange	Nej
1. Føler du dig fysisk rask?	65 (52%)		61 (48%)
2. Har du tabt dig meget for nyligt uden at ville det? (meget = 3 kilo den seneste måned eller 6 kilo eller mere i de seneste seks måneder)	28 (22%)		98 (78%)
3. Har du problemer i dagligdagen på grund af, at du er dårlig gående?	64 (51%)		62 (49%)
4. Har du problemer i dagligdagen på grund af dårlig balance?	59 (47%)		67 (53%)
5. Har du problemer i dagligdagen på grund af dårlig hørelse?	20 (16%)		106 (84%)
6. Har du problemer i dagligdagen på grund af nedsat syn?	17 (13%)		109 (87%)
7. Har du problemer i dagligdagen på grund af nedsat kraft i hænderne?	41 (33%)		85 (67%)
8. Har du problemer i dagligdagen på grund af fysisk træthed?	77 (61%)		49 (39%)
9. Har du problemer med at huske?	18 (14%)	48 (38,10)	60 (48%)
10. Har du følt dig nedtrykt i den seneste måned?	30 (24%)	32 (25,40)	64 (51%)
11. Har du følt dig ængstelig i den seneste måned?	27 (21%)	18 (14,29)	81 (64%)
12. Er du god til at håndtere problemer?	102 (81%)		24 (19%)
13. Bor du alene?	50 (40%)		76 (60%)
14. Savner du sommetider at have mennesker omkring dig?	29 (23%)	22 (17,46)	75 (60%)
15. Får du tilstrækkelig med støtte fra andre mennesker?	113 (90%)		13 (10%)
Tilburg Frailty Indicator score*	Antal borger (% af 126)		
<5 (ikke skrøbelig)	53 (42%)		
≥5 (=skrøbelig)	73 (58%)		

Tabel 7. Connor-Davidson resiliens-scala 10 (CD-RISC-10)

	Antal borger			
	Passer slet ikke/ passer sjældent	Passer nogle gange	Passer ofte	Passer næsten hele tiden
1. Jeg er i stand til at tilpasse mig, når det sker forandringer.	7 (5%)	11 (9%)	31 (25%)	77 (61%)
2. Jeg kan håndtere, hvad jeg end måtte komme ud for.	13 (10%)	20 (16%)	32 (26%)	61 (48%)
3. Når jeg står overfor problemer, prøver jeg at se tingene fra den humanistiske side.	9 (8%)	24 (20%)	21 (17%)	72 (57%)
4. Det kan gøre mig stærkere, at skulle håndtere stress	29 (23%)	30 (24%)	27 (21%)	40 (32%)
5. Jeg plejer at komme ovenpå igen efter sygdom, skader eller anden modgang.	9 (8%)		24 (19%)	93 (74%)
6. Jeg tror, jeg kan nå mine mål, selvom der er forhindrer	10 (8%)	16 (13%)	26 (21%)	74 (59%)
7. Under pres bevarer jeg fokus og tænker klart.	10 (8%)	27 (21%)	32 (25%)	57 (45%)
8. Jeg mister ikke så let modet, når noget går galt.	12 (10%)	21 (17%)	30 (24%)	63 (50%)
9. Jeg ser mig selv som en stærk person, når jeg står overfor livets udfordringer og vanskeligheder.	11 (9%)	20 (16%)	26 (21%)	69 (55%)
10. Jeg er i stand til, at håndtere ubehagelighed eller smertefulde følelser som tristhed, frygt og vrede.	11 (9%)	29 (23%)	30 (24%)	56 (44%)
CD-RISC-10 score*	Antal borger (% af 126)			
<29 (=ikke robust)	33 (26%)			
≥29 (=robust)	93 (74%)			

Tabel 8. 17 Medicinske tilstande

Tabellen udgør medicinske tilstande, som på Hospitalsenhed Midt følges i medicinske og hjertemedicinske klinikker på Regionshospitalet Viborg-Skive. Hvis antallet af borgere i kategorierne "Egen læge" eller "Et andet hospital end RH Viborg-Skive" er slået sammen skyldes det, at antallet i en af kategorierne "Et andet hospital end RH Viborg-Skive" har været for lille til at præsentere separat.

	Antal borger (% af 126)
1. Hypertension	86 (68%)
Klinik for Nyresygdomme, RH Viborg-Skive	30 (35%)
Hjerteklinikken, RH Viborg-Skive	19 (22%)
Egen læge eller et andet hospital end RH Viborg-Skive	37 (43%)
2. Thyroideasygdom	12 (10%)
Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme, HE Midt, Viborg-Skive	7 (58%)
Egen læge	5 (42%)
3. Astma	12 (10%)
Klinik for Lungesygdomme, RH Viborg-Skive	5 (42%)
Egen læge	7 (58%)
4. Iskæmisk hjertesygdom	42 (33%)
Hjerteklinikken, RH Viborg-Skive	34 (81%)
Egen læge	8 (19%)
5. Gastroøsofageal refluxsygdom#	22 (14%)
6. Diabetes	59 (47%)
Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme, RH Viborg-Skive	36 (61%)
Egen læge	23 (39%)
7. Kronisk obstruktiv lungesygdom	30 (24%)
En klinik for Lungesygdomme	21 (70%)
Egen læge	9 (30%)
8. Irritabel tyktarmssyndrom#	5 (4%)
9. Funktionel eller opioid-induceret obstipation#	8 (6%)
10. Kroniske nyreinsufficiens	51 (40%)
Klinik for Nyresygdomme, RH Viborg-Skive	47 (92%)
Egen læge	4 (8%)
11. Atrieflimmer eller atrieflagren	39 (31%)
Hjerteklinikken, RH Viborg-Skive *	32 (25%)
Egen læge*	8 (6%)
12. Hjertesvigt	39 (31%)
Hjerteklinikken, RH Viborg-Skive	35 (90%)
Egen læge	4 (1%)
13. Psoriasis eller eksem	11 (9%)
Klinik for Hudsygdomme, RH Viborg-Skive	4 (36%)
Egen læge	7 (64%)
14. Inflammatoriske tarmsygdom#	13 (10%)
15. Bronkieektasi	5 (4%)
16. Viral hepatitis	<5
17. Kronisk levercirrose	7 (6%)
Klinik for Mave-Tarmsygdomme, RH Viborg-Skive	7 (100%)

RH; Regionshospitalet

*Det var muligt at afkrydse flere svar, da man kan forestille sig en borger, hvor frekvenskontrollerende behandling foregår på hospitalet og AK-behandling varetages af egen læge.

#Antallet af borgere i hver kategori kan ikke opgives, da anonymiseringen brydes herved.

Tabel 9. 13 Ikke-medicinske tilstande

De ikke-medicinske tilstande udgør både kroniske medicinske tilstande, der ikke følges på Regionshospitalet Viborg-Skive og kroniske tilstande, der følges i andre klinikker end medicinske eller hjertemedicinske.

	Antal borger (% af 126)
1. Depression#	17 (13%)
2. Angst eller tilpasnings-/belastningsreaktion#	8 (6%)
3. Kræft	39 (31%)
En kræftafdeling i Region Midtjylland*	24 (19%)
Egen læge*	9 (7%)
En urologisk afdeling i Region Midtjylland*	6 (5%)
4. Apopleksi eller transitorisk cerebral iskæmi#	13 (10%)
5. Perifer vaskulær sygdom	10 (8%)
En karkirurgisk klinik i Region Midtjylland	7 (70%)
Egen læge	3 (30%)
6. Prostata sygdom (kun mænd)	20 (22%)
En kræftafdeling eller urologisk i Region Midtjylland	9 (45%)
Egen læge	11 (55%)
7. Epilepsi	5 (4%)
En neurologisk klinik i Region Midtjylland	5 (100%)
Egen læge	-
8. Skizofreni eller bipolær sindslidelse	<5
Regionspsykiatrien i Region Midtjylland	<5
Egen læge	-
Privat praktiserende psykolog eller psykiater	-
9. Migræne	<5
En neurologisk klinik i Region Midtjylland	<5
Egen læge	-
10. Anorexia eller bulimi	-
Regionspsykiatrien i Region Midtjylland	-
Egen læge	-
Privat praktiserende psykolog eller psykiater	-
11. Parkinson sygdom	<5
En Neurologisk Klinik i Region Midtjylland	<5
Egen læge	-
Privat praktiserende neurolog	-
12. Multiple sclerose	<5
En Neurologisk klinik i Region Midtjylland	<5
Egen læge	-
Privat praktiserende neurolog	-
13. Gigtsygdomme*	30 (24%)
En gigtafdeling i Region Midtjylland	24 (80%)
Egen læge	6 (20%)

#Antallet af borgere i hver kategori kan ikke opgives, da anonymiseringen brydes herved.

*Rheumatoid arthritis, andre inflammatoriske polyarthriter eller systematiske bindevævssygdomme

Tabel 10. Andre kroniske tilstande

	Antal borger (% af 126)
1. Komplex kronisk smertetilstand	33 (26%)
2. Hørenedsættelse	42 (33%)
3. Symptomatisk ukompliceret divertikel sygdom	7 (6%)
4. Glaukom (grøn stær)	10 (8%)
5. Blind eller svagt synet	19 (15%)
6. Kronisk bihulebetændelse	4 (3%)
7. Indlæringsvanskeligheder (IQ under 70)	<5
8. Alkoholoverforbrug	14 (11%)
9. Misbrug af andre psykoaktive stoffer	-

Tabel 11. Antal borgere med flere kroniske tilstande

De kroniske diagnoser, der her er talt med i antallet af kroniske tilstande pr. borger er de 39 kroniske tilstande (17 medicinske, 13 ikke-medicinske og 9 andre tilstande), som også indgår i tabel 8-10.

	Antal borger (% af 126)
Antal kroniske sygdomme pr borger, gennemsnit (SD)	5,76 (2,15)
Borgere med 2 eller 3 kroniske tilstande	16 (13%)
Borgere med 4 kroniske tilstande	25 (20%)
Borgere med 5 kroniske tilstande	19 (15%)
Borgere med 6 kroniske tilstande	23 (18%)
Borgere med ≥7 kroniske tilstande	43 (34%)

SD; standard deviation

Indlæggelser

Tabel 12. Antal indlæggelser, sengedage og genindlæggelser

	Antal	% (%kumuleret)
Antal indlæggelser i alt¹	97	
Antal borgere med indlæggelse i løbet af de 180 dage.	50	
Median antal indlæggelser af borger med indlæggelse (IQR)	1 (1)	
Indlæggelser		
Borgere		
Borgere med 0 indlæggelse	76	60% (60 %)
Borgere med 1 indlæggelse	31	25 % (85 %)
Borgere med 2 indlæggelser	9	7 % (92 %)
Borgere med 3-4 indlæggelser	5	4 % (96 %)
Borgere med >4 indlæggelser	5	4 % (100 %)
Sengedage¹	375	
Sengedage ¹ pr. indlagt borger median (IQR)	4,3 (7,5)	
Borgere med <2 døgn's indlæggelse	9	18 % (18 %)
Borgere med 2 til <5 døgn's indlæggelse	17	34 % (52 %)
Borgere med 5 til <10 døgn's indlæggelse	12	24 % (76 %)
Borgere med 10 + indlæggelse	12	24 % (100%)
Antal genindlæggelser i alt^{1,2}	47	
Antal borgere med genindlæggelse i løbet af de 180 dage	25	
Median antal genindlæggelser ^{1,2} af borgere med genindlæggelse (IQR)	1(1)	
Borgere med 1 genindlæggelse	14	
Borgere med 2 genindlæggelser	5	
Borgere med >= 3 genindlæggelser	6	
Genindlæggelsesrate (47/97 x 100%)	48%	

IQR; Interquartil interval

¹Uanset årsag og afdeling/afsnit. Data opnås fra Landspatientregisteret og Landspatientregisteret – psykiatri, hvor indlæggelsesdatoen og udskrivelses dato fremgår.

²En genindlæggelse defineres som en indlæggelse ≤30 dage efter sidste indlæggelsesudskrivelsesdato. Indlæggelsen før en genindlæggelse kaldes en index indlæggelse. Hvis en borger har haft en indlæggelse ≤30 dage før en indlæggelse, der falder i observationsperioden på 180 dage, så tæller indlæggelsen med som en genindlæggelse.

Tabel 13. Aktionsdiagnoser for indlæggelser og genindlæggelser

	Antal / (fordelt på antal borgere)	Antal akut/ planlagt
Indlæggelser og genindlæggelser i alt	97 (50)	68/29
Visse infektioner og parasitære sygdomme (DA00x -DB99x) i alt	6 (6)	-
Neoplasmer (DC00-DD48) og Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet(DD50x-DD89x), i alt	12 (6)	-
Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme, i alt (DE00x-DE90x)	8 (5)	8/0
Sygdomme i kredsløbsorganer (DI00x-DI99x)	16(9)	11/5
Sygdomme i åndedrætsorganer (DJ00x-DJ99x)	14 (10)	-
Sygdomme i fordøjelsesorganer (DK00x-DK93x)	8 (7)	-
Sygdomme i urin- og kønsorganer (DN00x-DN99x)	8 (6)	-
Symptomer og abnorme fund (DR00-DR99)	7 (6)	7/0
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet (DZ00x-DZ99x)	7 (7)	-
Andet (DF00x-DF99x,DG00-DG99, DS00x - DT98x, DM00x-DM99x, DL00x - DL99x)	11 (8)	5/6

Tabel 14. Operationer under indlæggelser og ambulante operationer

Tabellen bygger på tabellen for klassifikation af operationer, procedurekoder og tillægsprocedure.

	Antal operationer (fordelt på antal borgere)	Antal akut/ planlagt
Antal operationer	157 (54)	19/138
Ambulante operationer ¹	128 (49)	-/-
Operationer under indlæggelse ²	29 (17)	-/-
Operationstype, i alt (Kx)		
Operationer på øjne og øjenomgivelser (KCx)	9 (6)	-
Operationer på fordøjelsesorganer og milt (KJx)	15 (10)	-
Operationer på urinveje, mandlige kønsorganer og retroperitonelt væv (KKx)	9 (6)	-
Operationer på bevægeapparatet (KNx)	6 (5)	-
Operationer på hud og underhud (KQx)	34 (9)	-
Mindre kirurgiske procedure (KTx)	20 (8)	-
Endoskopier gennem naturlige og kunstige legemsåbninger (KUx)	42 (29)	-
Øvrige inkl KA KB KD KE KF KG KP KW KZF (operationer på nervesystemet (KAx), Operationer på endokrine organer (KBx), operationer på øre, næse og strubehoved (KDx) og operationer på læber, tænder, kæber, mund og svælg (KEx)) Operationer på hjerte og store intratorakale kar (KFx) Operationer på åndedrætsorganer, brystkasse, mediastium og diafragma (KGx)	22 (10)	-

Operationer på bryst (KHx), Operationer på kvindelige kønsorganer (KLx), Obstetriske operationer (KMx), Ukendt operation(KXx), Udtagning af væv til transplantation (KYx), Operationer på perifere kar og lymfesystemet (KPx), Procedure udført i forbindelse med operation (KWx), Perkutan lukning af kateteradgang (KZFX20)		
---	--	--

^BProcedure kode og tillægsprocedure er medtaget, hvorfor der vil kunne være operationer foretaget under indlæggelse med anden aktionsdiagnose fx en endoskopi under indlæggelse for "gastrointestinalt sår med blødning". Aktionsdiagnosen "gastrointestinalt sår med blødning" vil i givet fald også fremgå af tabel 13.

¹En ambulant operation er defineret ved en operation, procedure eller tillægsprocedure, der foretaget i forbindelse med et ambulant fysisk fremmøde

²En operation under indlæggelse er defineret ved en operation, procedure eller tillægsprocedure, der foretaget i forbindelse med en indlæggelse

Ambulante hospitalskontakter

Tabel 15. Ambulante hospitalskontakter kontakter til hæmodialyse undtaget

	Antal kontakter (fordelt på antal borgere)	Antal akut/planlagte
Ambulante hospitalskontakter i alt ¹	1186 (114)	-
Ambulante fysisk fremmøde (planlagte og akutte)	799 (112)	33/766
Virtuelle kontakter* (telefonkonsultation og videokonsultation)	373 (92)	-
Udekontakt (hjemmebesøg udført af fx ilt-sygeplejerske)	14 (9)	-
Billeddiagnostik ²	198 (76)	22/195

*Virtuelle kontakter kan både være telefonkonsultationer og videokonsultationer. Procedurekoden for videokonsultationer (BVAA33D) er anvendt <5 gange og resten af de virtuelle kontakter havde procedurekoden telefonkonsultationer (BVAA33A).

¹Opnås fra tabellen: *kontakter*.

²Opnås fra **Kapitel UX Klassifikation af undersøgelser**. Hvis borgeren har fået udført flere billeddiagnostiske undersøgelser med samme billeddiagnostisk modalitet (fx røntgen af hofte og knæ) ved samme kontakt tælles det som én billeddiagnostik undersøgelse. Ellers er det talt med som flere billeddiagnostiske undersøgelser. Billeddiagnostiske undersøgelser udført under indlæggelse fremgår ikke af denne tabel.

Tabel 16. Aktionsdiagnoser for ambulante fysisk fremmøder

Kontakter til hæmodialyse indgår ikke.

	Antal kontakter (fordelt på antal borgere)	Antal akut/ planlagte
Ambulant fysisk fremmøde i alt	799 (112)	33/766
Visse infektioner og parasitære sygdomme (DA00x-DB99x) i alt	5 (<5)	-
Neoplasmer (DC00-DD48)	97 (21)	-
Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet (DD50x-DD89x)	10 (6)	0/10
Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme, i alt (DE00x-DE90x)	61 (33)	0/61
Sygdomme i nervesystemet (DG00x-DG99x)	9 (7)	<5/-
Sygdomme i øje og øjenomgivelser (DH00-DH59)	33 (11)	0/33
Sygdomme i kredsløbsorganer (DI00x-DI99x)	76 (31)	<5/-
Sygdomme i åndedrætsorganer (DJ00x-DJ99x)	25 (14)	-
Sygdomme i fordøjelsesorganer (DK00x-DK93x)	39 (19)	0/39
Sygdomme i hud og underhud (DL00x-DL99x)	11 (5)	0/11
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (DM00x-DM99x)	39 (22)	0/39
Sygdomme i urin- og kønsorganer (DN00x-DN99x)	121 (24)	-
Andre særlige undersøgelser af personer uden klager eller diagnoser (DZ01)	115 (59)	0/115
Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom (DZ03)	34 (19)	6/28
Symptomer og abnorme fund (DR00-DR99)	23 (16)	6/17
Kontakter mhp. genoptræning (DZ50)	10 (<5)	0/10
Tilstand med transplanteret organ eller væv (DZ94)	31 (5)	<5/-
Tilstand med hjerte- eller karimplantater og transplantater (DZ95)	10 (9)	<5/-
Andet (Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (DF00x-DF99x), Sygdomme i øre og processus mastoideus (DH60x-DH95x))	50 (29)	7/43

Hvis der er under 5 borgere, der har haft kontakter inden for en given diagnosegruppe må tallet ikke hjemsendes fra Sundhedsdatastyrelsens Forskermaskine, hvorfor antallet af kontakter er efterladt med en streg (-).

Tabel 17. Aktionsdiagnoser for virtuelle kontakter

Virtuelle kontakter kan både være telefonkonsultationer og videokonsultationer. Procedurekoden for videokonsultationer (BVAA33D) er anvendt <5 gange og resten af de virtuelle kontakter havde procedurekoden telefonkonsultationer (BVAA33A).

	Antal kontakter (fordelt på antal borgere)	Antal akut/ planlagte
Virtuelle kontakter i alt	373 (92)	-
Neoplasmer (DC00-DD48)	36 (13)	-
Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme, i alt (DE00x-DE90x)	54 (27)	-
Diabetes (DE10-DE14)	45 (20)	-
Sygdomme i nervesystemet (DG00x-DG99x)	13 (10)	-
Sygdomme i kredsløbsorganer (DI00x-DI99x)	50 (19)	-
Hjertesvigt (DI50x)	21 (10)	-
Sygdomme i åndedrætsorganer (DJ00x-DJ99x)	17 (10)	-
Kronisk obstruktiv lungesygdom (DJ44x)	10 (5)	-
Sygdomme i fordøjelsesorganer (DK00x-DK93x)	24 (10)	-
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (DM00x-DM99x)	27 (15)	-
Rheumatoid arthritis, Psoriasis gigt og Spondylarthritis (DM05-DM14)	15 (7)	-
Sygdomme i urin- og kønsorganer (DN00x-DN99x)	54 (18)	-
Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom (DZ03)	8 (6)	-
Symptomer og abnorme fund (DR00-DR99)	14 (11)	-
Øvrige DZ koder	46 (17)	-
Andet	30 (12)	-

Tabel 18. Aktionsdiagnoser for udekontakter

Kunne ikke etableres grundet for få borgere.

Kontakter i primær sektor

Tabel 19. Kontakter og ydelser i almen praksis - dagtid

Almen praksis, ikke privatpraktiserende speciallæger	Antal	Fordelt på antal borgere
Samlet antal grundtydelser dagtid (kl 8-16)	945	108
Konsultation (0101)	320	75
Årsstatus/aftalt specifik forebyggelse (0120)	14	12
Telefonkonsultation (0201)	278	73
Aftalt telefonkonsultation (0204)	<5	-
Socialmedicinsk telefonkonsultation (3201)	20	-
Lægefaglig vurdering af patienter på kommunal akutfunktion/akutteam (0124)	<5	-
E-konsultation (0105)	229	61
E-konsultation med kommunen (0127)	<20	-
Videokonsultation (0125)	0	-
Samtaleterapi (6101)	<10	-
Konsulterende samtale til børn og familier (0128)	0	-
Abortstøttesamtale (0122)	0	-
Hjemmebesøg og sygebesøg (0411-0461, 0491) og opsøgende hjemmebesøg (0121)	61	17
Opfølgende hjemmebesøg, 1. kontakt (4213)*	<5	-
Opfølgende hjemmebesøg, 2 og 3. kontakt (4215)*	0	-
Sundhedstjek til borgere på botilbud	0	-
Videokonference pr. påbegyndt modul af 10 minutter (0126)	0	-
Møder med social- og sundhedsforvaltningen pr. påbegyndt modul af 10 minutter (3304)	0	-
Kronikerprogram		
Kroniker KOL/diabetes (0132)	68	<5
Kroniker KOL (0130)	54	6
Kroniker diabetes (0131)	252	21
Afslutning, kronikerhonorar (0133)		-
Tillægsydelser		
Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse (2101)	87	41
Øvrige tillægsydelser (alle fraset 2101)	102	52
Laboratorieundersøgelser		
Urinundersøgelse ved stix (7101)	44	21
Bakterier (7105)	12	-
Urin til resistensbestemmelse (7189)	11	7
B-hæmoglobin (7108)	40	23
Svælg-streptokok antigen (7109)	-	-
Udvidet lungefunktionsundersøgelse med spirometri (7113)		-
Maskinel leukocyt- og differentialetælling (7115)	19	-
Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin (7116)		-
Audiometri/tympanometri (7118)		-
C-reaktiv protein (7120)	40	26

Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation (7121)		
Fasekontrastmikroskopi af urin (7122)	<10	-
PP-INR (kogulationsfaktorer) (7126)	25	
B-glukose (7136)	<10	-
Elektrokardiografi, inkl. prækordialafledninger (7156)	18	15
Svangerskabsreaktion, urin choriongonadotropin (7151)		-
Sænkingsreaktion (7177)		-
Lungefunktionsundersøgelse (peak flow) (7189)	11	-
Attester	<5	-
1. tvangsindlæggelse eller genindlæggelse (5001 og 5002)	-	-
Attestarbejde ved ansøgning om tilskud til terminalpatienter (5093)	-	-
Momspligtigt attestarbejde ved ansøgning om tilskud til terminalpatienter (5993)	-	-
Profylakse		
Vaccinationer med klausuleret tilskud (8940)	-	-

*Ingen af de opfølgende hjemmebesøg er foregået via video.

Tabel 20. Kontakter og ydelser i almen praksis - vagttid

	Antal	Fordelt på antal borgere
Grundydelse vagttid¹		
Konsultation (0101)	10	8
Telefonkonsultation uden besøg/konsultation (0501)	55	32
Telefonkonsultation med besøg/konsultation (0602)	22	18
Videokonsultation (0125)	<5	
Besøg (0471)	15	14
Tillægsydelser		
Alle tillægsydelser (ved sygebesøg, konsultation og videokonsultation)	-	
Laboratorieundersøgelser	0	
Attester	0	

¹Det samlede antal grundydelse i vagttid kan ikke angives, da det vil afsløre antallet af videokonsultationer

Tabel 21. Kontakter til privat praktiserende speciallæger og øvrige specialer

	Antal	Fordelt på antal borgere
Privat praktiserende speciallæger		-
Hudlæge (04)	-	
Reumatologi (06)	-	
Gynækologi/obstetrik (07)	-	
Kirurgi (09)	-	
Neurologi (18)	-	
Øjenlæge (19)	83	23
Ortopædkirurgi (20)	-	
Øre-næse-halslæge (21)	37	12
Psykiatri (24)	-	
Øvrige privat praktiserende speciallæger	-	
Øvrige ydelser		
Tandlæge (50)	195	45
Fysioterapi (51)	30	<5
Kiropraktik (53) ¹	-	
Fodterapi (54)	108	30
Bøjlebehandling af nedgroet negl (55)	-	
Genoptræning (58)	0	
Vederlagsfrit fysioterapi (62)	416	8
Psykologhjælp (63)	-	
Kiropraktik (64) ¹	-	
Andre ydelser (60)	12	

¹Sygesikringsregisteret har ikke kunne redegøre for forskellen på kiropraktik (53) og kiropraktik (64).

Supplerende analyser

Undersøgelse af supplerende sammenhænge	Tolkning af resultater
A: Beskæftigelse og BMI (numerisk variable) Er der sammenhæng mellem beskæftigelse på del- eller heltid og BMI? Analysen indeholder patienter <65år	Der er ingen signifikant forskel på BMI mellem multisyge borgere <65 år, der arbejder deltid- eller heltid sammenlignet med multisyge borgere <65 år, der ikke er i arbejde (p-værdi 0,89). Ikke beskæftigelse: 29,3 (CI: 27,9 – 30,6) Beskæftigelse: 29,1 (CI: 27,5 – 30,8)
B: Beskæftigelse og selvrapporterede fysisk træthed Er der sammenhæng mellem beskæftigelse på del- eller heltid og selvrapporteret fysisk træthed (ja/nej) Analysen indeholder patienter <65år	Andelen af multisyge borgere <65 år, der går på arbejde og rapporterer fysisk træthed er lavere end andelen af multisyge borgere <65 år, der ikke går på arbejde og rapporterer fysisk træthed. Der er færre i gruppen, der går på arbejde, som beskriver selvrapporterede fysisk træthed. Odds ratio 0.28 (CI: 0.14- 0.57) (Woolf)
C: BMI (numerisk variable) og selvrapporterede fysisk træthed Er der sammenhæng mellem BMI og selvrapporteret fysisk træthed (ja/nej)	Multisyge borgere med høj BMI rapporterer signifikant oftere (p-værdi 0,0074), at de har fysisk træthed sammenlignet med multisyge borgere med lav BMI. Dog overlapper konfidens intervallerne for de to grupper, hvilket gør at der måske ikke er en reel forskel. Nej: 27,9 (CI: 27,1 – 28,6) Ja: 29,4 (CI: 28,6 – 30,2), $\Pr(T > t) = 0.0074$
D: Diabetes på sygehuset (ja/nej) og BMI (numerisk variabel) Er diabetes patienter fulgt på hospitalet mere overvægtige end diabetes patienter fulgt af egen læge? Analysen indeholder patienter med diabetes	Der er ingen forskel i BMI for multisyge borgere fuldt på hospitalet med diabetes sammenlignet med BMI for multisyge borgere fulgt af egen læge for diabetes. Egen læge: 29,8 (CI: 28,4 – 31,2) Sygehus: 29,8 (CI: 28,7 - 30,9)
E: Diabetes (ja/nej) og antallet af kroniske sygdomme (numerisk variabel) Er der en tendens til, at diabetes diagnosen støder til, når borgeren får mange kroniske sygdomme? Analysen indeholder patienter med diabetes	Multisyge borgere med diabetes har signifikant (p-værdi 0,0001) flere kroniske diagnoser end multisyge borgere, der ikke har diabetes. Diabetes: 6,4 (CI: 6,1 – 6,8) Ikke Diabetes: 5,6 (CI: 5,3- 5,9) $\Pr(T > t) = 0.0001$
F: Hjertesvigt (ja/nej) og antallet af kroniske sygdomme (numerisk variabel) Er der en tendens til, at hjertesvigts diagnosen støder til, når borgeren får mange kroniske sygdomme? Analysen indeholder kun patienter med hjertesvigt	Multisyge borgere med hjertesvigt har signifikant (p-værdi 0,0001) flere kroniske diagnoser end multisyge borgere, der ikke har hjertesvigt. Hjertesvigt: 6,9 (CI: 6,5 – 7,3) Ikke Hjertesvigt: 5,6 (CI: 5,3 – 5,8) $\Pr(T > t) = 0.0000$
G: Score for opfølgende hjemmebesøg ≥ 23 for borgere inkluderet med indlæggelse har øget risiko for en genindlæggelse indenfor 30 dage	Indlagte multisyge borgere, som scorer ≥ 23 i screening for opfølgende hjemmebesøg ved udskrivelsen har næsten 3 gange større odds 2,98 (CI: 1,59 – 5,60) for genindlæggelse indenfor 30 dag i forhold til indlagte multisyge borgere, der score under 23 ved screening for opfølgende hjemmebesøg.

Definitionen på multisyge borgere er; borgere over 18 år med en estimeret restlevetid på over 3 måneder, som kan tale og forstå dansk og som har forløb i minimum 2 regionsklinikker for kroniske sygdomme hvoraf minimum 1 af de kroniske sygdomme behandles af Medicinsk Afdeling eller Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg.

SKARB – samarbejde om borgerne

Kvalitativt delprojekt fase 1



SKIVEKOMMUNE



Indhold

Indhold.....	2
Indledning.....	3
Introduktion.....	3
Formål med det kvalitative delprojekt.....	6
Design i det kvalitative delprojekt.....	7
Inklusionskriterier og borgerudvælgelse.....	7
Dataindsamling.....	8
Dataanalyse.....	8
Perspektiver.....	8
De kvalitative interviews.....	10
10 interviews.....	10
Opfyldelse af borgerkarakteristika.....	11
Transskribering af interviews.....	12
Kodning af interviews.....	13
De fire hovedtemaer.....	13
Analyse af interviews.....	14
"At kunne mestre og at kunne leve livet".....	14
Fortolkning og betragtninger af "At kunne mestre og at kunne leve livet".....	16
Konklusion på "At kunne mestre og at kunne leve livet".....	19
"At kunne få den støtte".....	19
Fortolkning og betragtninger af "At kunne få den støtte".....	21
Konklusion på "At kunne få den støtte".....	23
"At navigere i sundhedsvæsenet".....	23
Fortolkning og betragtninger af "At navigere i sundhedsvæsenet".....	24
Konklusion på "At kunne navigere i sundhedsvæsenet".....	26
Tværasektoriel indsats i nærområdet.....	26
Opsummering af mønstre og tendenser.....	28
Metodekritik.....	29
Afsluttende kommentar og en stor tak.....	30
Litteratur.....	32
Bilag 1 Interviewguiden.....	33

Indledning.

Projekt SKARB - samarbejde om borgerne er et tværsektorielt projekt mellem Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme, Hospitalsenheden Midt, Regionshospitalet Viborg og Skive (HEM- VS), Skive Sundhedshus, Skive Kommune og Almen Praksis i Skive Kommune.

Projekt SKARB er et kvalitetsudviklingsprojekt af Skive Sundhedscenter og er opdelt i tre faser, der starter med en afklarende fase (fase 1), herefter en interventionsfase (fase 2) og til slut en analyse fase (fase 3). I fase 1 er målet at inkludere 460 multisyge borgere fra alle tre sektorer, og denne projektbeskrivelse beskriver det kvalitative delprojekt, som er en del af fase 1. For yderligere information henvises til den kvantitative projektbeskrivelse for fase 1.

For konklusionen af denne kvalitative delrapport omhandlende 10 semistrukturerede interviews med multisyge borgere henvises til opsummeringen af mønstre og tendenser på side 28.

Introduktion

Multisygdom er at have to eller flere samtidige kroniske sygdomme, og multisyge borgere kræver en særlig indsats i sundhedsvæsenet (1). Det forventes, at borgere med multisygdom vil øge presset på sundhedsvæsenet i de kommende år og multisygdom er samtidig også en stor belastning for den person, der er ramt og for dennes pårørende.

Et nationalt studie (5) har vist, at 55 % af den voksne befolkning i Danmark har én kronisk lidelse, og at halvdelen af denne gruppe har mindst to kroniske lidelser. At kunne agere, planlægge livet som kronisk syg bliver dermed en livslang, integreret del af hverdagslivet, hvor personlige, sociale, kliniske ressourcer og faktorer skal interagere. I det omtalte studie findes, at individuelle ressourcer og prioriteringer spiller en væsentlig rolle i at kunne håndtere disse dilemmaer og i at kunne navigere mellem hverdagslivet og sundhedssystemet.

Undersøgelsen "Danskernes sundhed - den nationale sundhedsprofil 2017" (2) foretaget af Sundhedsstyrelsen viser, at kvinder og mænds selv vurderet helbred er forskellige.

Selv vurderet helbred kan ses som en persons samlede vurdering af en række helbredsforhold, der ikke alene kan beskrives ved en opremsning af personens symptomer og sygdomme. I helbredsopfattelsen indgår ikke blot den aktuelle status men også udviklingen gennem livet, kendskab til sygelighed i familien samt en vurdering af egen helbredstilstand sammenlignet med jævnaldrendes.

I alle aldersgrupper er andel af borgere med dårligt selv vurderet helbred størst blandt kvinder (13,3%) i forhold til mænd (9,3%). Dårlig selv vurderet helbred er en selvstændig risiko for både sygelighed og dødelighed. Jo dårligere vurderet helbred, desto større risiko for sygdom og tidlig død(9). Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred falder med stigende uddannelsesniveau. Det samme billede gør sig gældende for selv vurderet mentalt helbred, hvilket samlet set tydeliggør en social ulighed i sundhed blandt danskere(2).

Undersøgelsen "Danskernes sundhed - den nationale sundhedsprofil 2017" (2) viser desuden, at der også i kontakt med almen praktiserende læge er social ulighed. Andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, er større blandt arbejdsløse (81,5 %), førtidspensionister (88,1 %) end blandt beskæftigede (74,0 %). Desuden er det de enlige, separerede eller fraskilte borgere, som oftest kommer ved almen praktiserende læge. Multisygdom rammer socialt og geografisk skævt (2).

Sygdom er ikke blot en fysisk tilstand for den enkelte. Hverdagslivet, arbejdsmæssige og sociale relationer og dermed den syges sociale identitet bliver også udfordret, når sygdom rammer. Er man multisyg, vil den negative indflydelse på hverdagslivet øges, eksempelvis ved akkumulerede smerter, træthed og nedsat livskvalitet.

At leve med flere samtidige kroniske sygdomme medfører mange og komplekse behandlingstilbud, hvilket stiller det specialiserede sundhedsvæsen overfor nye udfordringer.(3).

I et etnografisk studie "Multisygdom - et patientperspektiv i navigation i sundhedssystemet og hverdagslivet"(4) udført for DEFACTUM, Region Midt, fandt forfatterne på baggrund af tre fokusgruppe interviews med i alt 30 deltagere, efterfulgt af deltagerobservationsstudie hos 10 personer, som blev fundet fra fokusgrupperne, dilemmaer mellem kronisk sygdom, behandlingsbyrden og de følgende tre områder; Familie - og social livet, arbejdslivet og dagsordener, mål for aftaler med de sundhedsprofessionelle. Arbejdsbyrden for sundhedssystemet og dennes indvirkning/påvirkning på patientens funktioner defineres samlet som behandlingsbyrden. Arbejdsbyrden repræsenterer det, patienten gør for at tage vare på sig selv; at

gennemføre behandlinger, at have kontakter til sundhedssystemet og at varetage egenomsorgs aktiviteter. Indvirkning defineres som de implikationer behandlingen eller aktiviteterne har på patientens fysiske, psykosociale, kognitive og sociale trivsel(4).

For den enkelte patient kan de mange behandlinger, kontroller i relation til den enkelte sygdom opleves som byrdefuld, belastende i et allerede udfordret hverdagsliv på grund af de kroniske lidelser og hverdagslivets øvrige gøremål. Overstiger planlagte kontroller, besøg i relation til sygdom, den multisyges kapacitet og ressourcer, vil det kunne påvirke den multisyges relation til arbejdsmarkedet i negativ retning, således at det ikke længere er muligt at forblive erhvervsaktiv trods den multisyges ønske.(1)

Omvendt har tidligere studier vist, at det, der har stor værdi for multisyge patienter, er let adgang til sundhedsydelser, at føle sig hørt som et helt menneske og blive mødt med forståelse af sundhedsprofessionelle(10)+(11). I de pågældende studier redegøres ikke nærmere for, hvorfor dette er vigtigt for patienterne, og det bør undersøges nærmere. Fund kunne begrundes i, at de regelmæssige kontakter til sundhedsvæsenet opleves som en tryghed for borgeren og pårørende, og dermed udgør en bekræftelse på, at de kroniske sygdomme er i et stabilt niveau, og at behandlingen er velreguleret/optimeret. Den viden kan opleves som en lettelse for borgeren og pårørende og give dem en mulighed for at fokusere på andet end sygdom, f.eks. deres hverdagsliv. Eventuelle positive effekter af hyppige ambulante kontakter i sundhedsvæsenet fra et borgerperspektiv er generelt mindre belyst i litteraturen.

For de praktiserende læger i almen praksis opleves de multisyge som tids- og ressourcekrævende (6). Den multisyge gruppe er ud fra den praktiserende læges synspunkt ikke egnet til at uddelegering til praksissygeplejersken, hvorfor der må forventes en øget arbejdsbyrde hos praktiserende læger for netop denne voksende patientgruppe i fremtiden. Denne vurdering genfindes også i et irsk kvalitativt studie med almen praktiserende læger(13), som vurderer, at praksis sygeplejersken har stor succes med enkelt stående sygdomsprogrammer, men det at håndtere multisygdom er en for kompleks opgave for denne faggruppe. I det samme studie (13) opleves det tværsektorielle samarbejde mellem de praktiserende læger og specialisterne på sygehusene ikke ens. Nogle praktiserende læger oplever, at al behandling "skubbes ud" i praksis, hvor andre praktiserende læger var af modsat opfattelse; at specialisterne forsøgte at bevare ambulante kontroller på sygehusene. Det irske studie (13) bekræfter en stor arbejdsbyrde, når det drejer sig om multisyge patienter. Det bliver beskrevet som at undgå at åbne for "Pandoras æske", da mangel på tid gør, at det er nemmere at forholde sig til et sygdomsproblem fremfor at se på det hele menneske. I det danske studie (6) findes desuden, at arbejdsbyrden for de sundhedsprofessionelle i almen praksis

5

opfattes betydelig tungere, hvis en af de kroniske lidelser hos den multisyge patientgruppe enten er demens eller depression.

En yderligere udfordring for almen praksis er, at de kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og sygehusbehandlingen gennem mange år er blevet tiltagende specialiseret og effektiviseret ud fra en forskning, der retter sig mod enkeltsygdomme. Den multisyge borgers behandling stiller store krav til kompetencerne (eller mangel på samme) i almen praksis til at håndtere de interagerende forhold, behov for afvigelser fra kliniske retningslinjer (7). Denne oplevelse af mangel på kompetencer og tillid til egne evner i at håndtere den multisyge borger i almen praksis blev bekræftet af de deltagende praktiserende læger i det irske studie(13)

Samme studie (7) har desuden vist, at det kan være svært for den enkelte multisyge patient at opsætte egne mål for deres pleje og behandlingstiltag, hvorfor det er afgørende, at der er kontinuitet fra almen praktiserende læge, at der er afsat tid nok til konsultationer, og at den praktiserende læge er i stand til at tage en vurdering af patientens behov og ikke kun forholde sig til kliniske guidelines.

Formål med det kvalitative delprojekt

For yderligere at kunne belyse den multisyge borgers hverdagsliv, behov for støtte, pleje og behandling i nærmiljøet er der behov for at gennemføre interviews. Målet med den viden, som indsamles i dette kvalitative delprojekt, er at opnå en større forståelse af multisygdom fra et borgerperspektiv. Denne viden skal være med til at sikre høj grad af brugerinddragelse i interventionen i fase 2, som har til formål at reducere hospitalskontakter for multisyge borgere. Ud fra dette ønske gennemføres interview, hvor der med afsæt i borgernes hverdagsliv, opnås indsigt i det at leve med multisygdom, hvilke udfordringer, behov og ønsker den enkelte borger måtte have til mødet med sundhedsvæsenet. Igennem disse interviews forsøges også at få svar på nedenstående delformål med det kvalitative delprojekt i projekt SKARB.

”Fra et borgerperspektiv at belyse hvilken støtte, pleje og behandling i nærmiljøet de sårbare multisyge borger har behov for mhp. at undgå unødigt akut og/eller elektiv behandling i sekundær sektor”

Design i det kvalitative delprojekt

Det kvalitative delprojekt er designet som en tværsnitsundersøgelse af ca. 10 – 15 multisygge borgere inkluderet i fase 1.

Inklusionskriterier og borgerudvælgelse

Rekruttering af borgere til de kvalitative interviews foregår ud af kohorten af 460 borgere inkluderet i det kvantitative projekt fase 1. Jævnfør inklusionskriterierne til fase 1 studiet vil disse borgere alle være multisygge med kroniske diagnoser fulgt i minimum to regionsklinikker, 18 år eller ældre, kunne tale og forstå dansk. Ingen af borgerne vil have diagnosen demens eller have en forventet restlevetid på under tre måneder. Specifikke inklusionskriterier for borgere for det kvalitative delprojekt vil være borgere med bopæl i Skive Kommune. Borgeren, som tilbydes at være med i dette kvalitative delprojekt, udvælges i REDCap databasen ud fra borgerkarakteristika indsamlet ved inklusion jævnført kriterierne. For at sikre et bredt borgerperspektiv på multisygdom udvælges den kvalitative kohorte således, at følgende borgerkarakteristika indgår i gruppen:

1. Minimum 4 kvinder og minimum 4 mænd
2. Minimum 3 borger under 50 år
3. Minimum 3 single borgere (separeret eller fraskilt, enke eller enkemænd eller ugift)
4. Minimum 5 borgere med lav uddannelse (Kort uddannelse eller kortere kurser eller erhvervsmæssig uddannelse)
5. Minimum 5 borgere beskæftigede på hel- eller deltid på arbejdsmarkedet
6. Minimum 3 borgere med psykiatrisk lidelse, som følges på en regionsklinik (depression, angst eller tilpasnings eller belastningsreaktion, anoreksi eller bulimi, skizofreni eller bipolar lidelse)
7. Minimum 5 borgere, som ikke modtager kommunale ydelser på inklusionstidspunktet.

Borgerne giver ift. inklusion til det kvantitative projekt mundtligt og skriftligt informeret samtykke til at blive kontaktet indenfor syv dage mhp. at deltage i et interview.

Dataindsamling

Data vil blive indsamlet ved hjælp af semistruktureret interview ud fra interviewguiden udviklet til formålet, "Interviewguiden - SKARB fase 1", se bilag1. Interviewet skal foregå der, hvor borgeren ønsker det, i eget hjem, i Sundhedshuset, på sygehuset. Den kvalitative dataindsamling vil blive foretaget umiddelbart efter borgerinklusion i perioden 1. november 2019 til 28. februar 2020.

Interviewene optages på Ipad beregnet til projektet. Når transskriptionen er foretaget og denne er gennemlæst og vurderet, slettes optagelserne fra Ipad. Indtil dette er foretaget, opbevares Ipad på et aflåst kontor, når den ikke er i brug. Efter transskriptionen opbevares interviewdata i et sikkert projektrum i MidtX.

Interviewene skal have fokus på at få borgerens perspektiv på deres virkelighed, deres liv med kroniske sygdomme, og hvilke udfordringer det giver dem og deres familie, netværk i dagligdagen.

Dataanalyse

Efter interviewene er gennemført transskriberes disse. I selve transskriptionen vil "øh", "uhm" blive udeladt. Desuden vil pauser, betoning, latter, gråd mm ikke blive kommenteret faktuel i det skrevne. Har interviewet afstedkommet uventede reaktioner, vil disse blive beskrevet som en samlet kommentar til slut.

Transskriptionen vil blive foretaget med fokus på en senere meningsanalyse af interviewene. Analyseformen vil have en induktiv tilgang, hvor der identificeres "mønstre" i interviewene, og dernæst formuleres mulige forklaringer på disse mønstre. Der vil blive anvendt kodning af interviewudsagn med henblik på kategorisering af data, således at selve interviewene reduceres til nogle få kategorier. Denne kategorisering af meningsindholdet i interviewene kondenseres ved at finde de naturlige meningsenheder og udlægge hovedtemaer fra interviewene. Disse meningsenheder vil opbygge generaliserbar viden i forhold til eventuelle tiltag, som kan støtte, hjælpe den sårbare, multisyge borger i nærmiljøet og forebygge indlæggelser, kontakter med sekundær sektor.

(8)

Perspektiver

I dette kvalitative delprojekt indsamles viden omkring multisyge borgers hverdagsliv, og hvordan hverdagslivet påvirkes i negativ så vel som positiv retning af mødet med sundhedsvæsenet, som varetager borgerens kontroller og behandling. Desuden indhentes viden om, hvilken tværsektoriel indsats i nærområdet, der fra et borgerperspektiv vil kunne skabe en mere sammenhængende behandling af multisygdomme og reducere

hospitalskontakter. Viden fra delprojektet kommer til at indgå i udviklingen, som led i brugerinddragelse af en styrket tværsektoriel indsats, som skal afprøves og evalueres i projektets fase 2. Borgerperspektivet skal være med til at sikre høj behandlingsmæssig og patientoplevet kvalitet af den tværsektorielle indsats, som vil blive etableret i og omkring Skive Sundhedscenter.

De kvalitative interviews

Som en del af fase 1 blev der foretaget en rekruttering af borgere hjemmehørende i Skive Kommune til det kvalitative delprojekt. Designet var som tidligere beskrevet - en tværsnitsundersøgelse af 10 - 15 multisyge borgere inkluderet i fase 1.

Som nævnt skulle der inkluderes 460 multisyge borgere, men antallet af inkluderede borgere blev pga. Covid 19 pandemien i første omgang reduceret til 252 borgere.

Borgerudvælgelse til de kvalitative interviews er foregået af kohorten på de 252 borgere, der var inkluderet i det kvantitative projekt fase 1 på daværende tidspunkt.

Disse borgere var alle multisyge med kroniske diagnoser, der blev fulgt i minimum to regionsklinikker, 18 år eller ældre, forstod og talte dansk. Ingen af borgere var demente, og alle havde en forventet restlevetid på mere end tre måneder.

For at opnå et bredt borgerperspektiv på multisygdom i forbindelse med interviewene var designet på udvælgelsen i REDCap databasen således, at tidligere nævnte borgerkarakteristika skulle være repræsenteret - der henvises til borgerkarakteristika - se side 7.

10 interviews

Der blev foretaget 10 kvalitative interviews i perioden januar og februar måned 2020 og igen i juni måned 2020. Alle interviews blev foretaget af den samme projektsygeplejerske. Der blev lavet telefonisk aftale med den enkelte borger om deltagelse i den kvalitative del af projektet i form af interview. De 9 af interviewene blev gennemført i borgerens hjem, det sidste i forbindelse med borgerens behandling på sygehuset (et ønske fra borgerens side). Interviewene blev optaget på Ipad for efterfølgende at blive transskriberet.

Interviewene blev forsøgt afviklet i så afslappet atmosfære som muligt. Var ægtefælle, samlever tilstede i hjemmet, havde vedkommende, hvis dette var et ønske, siddet i samme rum og havde kunnet komme med kommentar til selve dialogen. Intervieweren holdt sig ikke slavisk til interviewguiden, men forsøgte via dialog at komme omkring de planlagte hovedtemaer med underområderne i løbet af selve interviewet. Interview længden varierede fra 22 minutter til 1 time og 11 minutter. Det første interview blev forsøgt rekonstrueret på en fornyet optagelse, hvorfor det optagne kun blev 22 minutter, da selve "teknikken" drillede ved den første optagelse af det første interview. De fleste interviews havde en længde mellem 40 - 55 minutter.

Opfyldelse af borgerkarakteristika.

Alle tidligere nævnte borgerkarakteristika blev ikke repræsenteret i de 10 interviews, der blev gennemført. Det blev besluttet, at der på trods af Covid 19 pandemien skulle forsøges at få gennemført 10 interviews ud fra den borger population, der var inkluderet i fase 1 og dermed tilgængelig på det tidspunkt.

Minimum 4 kvinder og minimum 4 mænd, og minimum 3 borgere under 50 år.

Der blev foretaget interviews af 5 kvinder og 5 mænd, med en aldersspredning fra 38 år og til 84 år. Af de interviewede var der kun en borger under 50 år, de øvrige borgeres aldersfordeling var for mændenes vedkommende 4 borgere i 60'erne og den sidste borger var lige fyldt 80 år. Aldersfordelingen hos kvinderne var fra 38 år, en borger i starten af 50'erne, 2 borgere var i 70'erne og alderspræsidenten i kvindegruppen var fyldt 84 år på interview tidspunktet.

Minimum 3 single borgere (separeret eller fraskilt, enke eller enkemænd eller ugift).

I forhold til civilstatus var der en målopfyldelse med fem borgere, der var singler, enten som ugifte, som enker eller som fraskilte. Tre af de interviewede mænd havde ægtefæller, hvoraf 2 af interviewene blev gennemført med ægtefælle til stede i samme rum, og som i løbet af interviewene kom med deres kommentar til dialogen. De to øvrige mænd var begge ugifte og boede alene. For kvindernes vedkommende havde 2 ægtefæller, også her var begge tilstede i forbindelse med interviewene uden at de bidrog med kommentar til dialogen. De tre sidste kvinder boede alene, den ene var enke, den anden fraskilt og den sidste i et forholdsvis nyt kæreste-, parforhold, hvor kæresten boede andet sted.

Minimum 5 borgere med lav uddannelse (kort uddannelse eller kortere kurser eller erhvervsmæssig uddannelse).

Uddannelsesniveau kravene med minimum 5 borgere med lav uddannelse, defineret som kort uddannelse eller kortere kurser eller erhvervsmæssig uddannelse blev for de interviewede opfyldt. Af de 10 interviewede havde de 7 enten kort uddannelsesniveau eller faglært uddannelse, 2 havde uddannelsesniveau kort videregående uddannelse og den sidste havde lang videregående uddannelse, som ikke blev anvendt pga. tidlig førtidspensionering.

Minimum 5 borgere beskæftigede på hel- eller deltid på arbejdsmarkedet.

Kravene i forhold til tilknytning på arbejdsmarkedet i interviewgruppen, hvor der skulle være minimum 5 borgere i beskæftigelse på hel- eller deltid, blev ikke opfyldt i gruppen af interviewede. Alle, undtagen en af kvinderne, var ikke længere tilknyttet arbejdsmarkedet. Halvdelen af borgerne var alderspensionister, 4 borgere havde fået tildelt en førtidspension. Borgeren, som var i arbejde, var på interview tidspunktet tilknyttet arbejdsmarkedet på reduceret tid for en periode på et par måneder, et ønske som borgeren "betalte" af egen lomme, ellers var borgeren beskæftiget på fuldtid.

Minimum 3 borgere med psykiatrisk lidelse, som følges på en regionsklinik (depression, angst eller tilpasnings eller belastningsreaktion, anoreksi eller bulimi, skizofreni eller bipolar lidelse).

Det næstsidste ønske til borgerkarakteristika, der skulle være opfyldt i gruppen af borgere, der skulle interviewes var, at minimum 3 borgere skulle have en psykiatrisk lidelse, som blev fulgt på en regionsklinik. Det lykkedes ikke, at få denne gruppe borgere repræsenteret i interviewene. Generelt i fase 1 var det en gruppe borgere, som var svære at finde. Af borgere hjemmehørende i Skive Kommune, som var med i fase 1, og som havde en psykiatrisk lidelse, der enten blev fulgt ved egen læge, en af regionsklinikkerne eller andet sted, blev der kun inkluderet 10 borgere.

Minimum 5 borgere, som ikke modtager kommunale ydelser på inklusionstidspunktet.

I forhold til det sidste borgerkarakteristikum, at mindst 5 borgere ikke skulle modtage kommunal ydelse på interviewtidspunktet, blev opfyldt. Seks af de interviewede borgere fik ikke nogen kommunale ydelser, de sidste fire borgeres ydelser i kommunal regi var hjælp til rengøring, hjælp til medicindosering, hjælp til støttestrømper, og den sidste borger havde en kontaktpersonsordning, som bidrog til støtte i forhold til navigering i det administrative system.

Transskribering af interviews

Transskribering er foretaget af tre personer tilsammen, hvor projektsygeplejersken har transskriberet 8 interviews. De små sproglige "Øh", "Uhm", suk, latter og lignende blev udeladt i selve transskriberingen. Ligeledes blev pause i dialogen, betoning i talen ikke kommenteret i det skrevne. Eventuelle uventede reaktioner er blevet beskrevet, som en kommentar til slut i interviewet.

Kodning af interviews

Efter transskriberingen blev der foretaget kodning ud fra de fire hovedtemaer i interviewguiden "Interviewguiden - SKARB fase 1" - se Bilag 1

Kodningen blev foretaget, som en farvekodning, af de 4 hovedtemaer af de transskriberede udsagn fra alle interviewene. Ved kodningen er interviewene blevet opdelt i mindre og relevante dele.

Kodningen af de første fem interviews blev foretaget individuelt af to personer. Efter den individuelle kodning er der foretaget en sammenligning, en kvalificering af kodningen mellem de to personer. De sidste fem interviews blev kodet af en person. Efter kodningen blev de enkelte udsagn, de enkelte dele, fragmenter tilhørende hvert hovedtema af de 10 interviews kategoriseret. Efterfølgende blev denne kategorisering yderligere meningskondenseret, der blev trukket essenser, tendenser ud af to personer (projektsygeplejersken og en læge), og sammenskrevet til nedenstående.

Der søgtes desuden at finde, hvilke ønsker og behov de interviewede multisyge borgere havde i forhold til støtte, pleje og behandling i nærmiljøet, for at kunne leve det liv de ønskede. Disse ønsker, behov og forklaringer kunne være med til at opbygge en generel viden i forhold til eventuelle tiltag i nærmiljøet, som kunne være med til at forebygge indlæggelser, kontakter med sekundær sektor(8)

De fire hovedtemaer

"At kunne mestre når der kommer nye udfordringer i egen situation". At kunne få et indblik i den multisyge, sårbare borgers egne ressourcer eller evt. andre personer eller instanser, som er den multisyges ressourcer.

"At kunne leve livet som jeg ønsker det - at "forblive" den jeg er". At få et indblik i hverdagslivet med kroniske lidelser

"At kunne få den støtte jeg føler nødvendigt, også mellem sektorer - hvordan og hvor kan det lykkes". At få et indblik i det netværk der er omkring borgeren nu, både når det lykkes og der, hvor borgeren kunne ønske sig noget andet.

"At kunne agere, finde rundt i de mange behandlingstilbud min livssituation kræver". At få indblik i borgerens opfattelse af det "set up" der er mellem sektorerne (primær - sekundær) - findes der eksempelvis en tovholderfunktion?

I det efterfølgende er alle citater anført i kursiv.

Analyse af interviews

Det var forskellige sygdomme, som borgerne led af eller oplevede symptomer fra. Diagnoserne spændte vidt fra sukkersyge, hjertesygdomme med nedsatpumpekraft af hjertet, uregelmæssig hjerterytme, KOL, dialysekrævende nyresvigt, blodsygdom, hudlidelse og til kroniske rygsmerter med nedsat gangfunktion. Overordnet set var borgernes symptombyrde indenfor smerteproblematik, træthed, manglende energi og overskud, åndenød, mangel på appetit samt manglende gangfunktion over blot korte afstande. De fleste borgere havde haft deres kroniske lidelser gennem mange år, men der var også et par af borgerne, hvis livssituation havde forandret sig indenfor en kortere periode. Trods borgernes mangeårige liv med kroniske lidelser gav flere af borgerne udtryk for, at deres egne ressourcer til at takle hverdagslivet også blev forandret løbende, at det, der tidligere ikke var en udfordring, pludselig krævede flere ressourcer, end de var i stand til at honorere.

"At kunne mestre og at kunne leve livet"

Hovedtemaerne "At kunne mestre når der kommer nye udfordringer i egen situation" - at få indblik i borgerens egne ressourcer og eventuelle andre personer / instanser som ressourceperson og

"At kunne leve livet som jeg ønsker det - at "forblive" den jeg er" - at få et indblik i hverdagslivet med kroniske lidelser. Besvarelsene i disse to hovedtemaer er samlet i det følgende afsnit.

At leve med kroniske sygdomme gav for mange udfordringer i dagligdagen, ikke blot udfordringer med helbredet, fremmøde til kontroller i og kontakter til det professionelle sundhedssystem, men også ind i hverdagslivet, og de ønsker, den enkelte borger havde til at kunne leve livet, som de ønskede.

De fysiske **begrænsninger** var primært det, der fyldte for borgerne. En borger beskrev dog også en psykisk svær periode under sygdomsforløbet.

Borgerne var dels begrænset af deres nedsatte funktionsevne, hvor smerter, mangel på luft, energi og kræfter forhindrede fysisk udfoldelse. Dette bandt nogle af borgerne til hjemmet, hvor der ikke længere var energi til en gåtur med hustruen eller energi til at se vanlige venner. Eller at den fysiske udfoldelse blev reduceret f.eks.

turde en borger ikke gå ud i blæsevejr, hvorfor gåturen blev opgivet, en anden kunne ikke lege med børnebørnene mere, som han gerne ville. For to havde den fysiske begrænsning påvirket arbejdsevnen så betydeligt, at en havde måttet opgive sit job, en anden gik ned i arbejdstid. En borger havde følt sig så "grim og uværdig" i sin sygdomsdebut, som også involverede forandringer på huden, at vedkommende nægtede at gå ud i flere dage. De beskrev også den forandring i egne ressourcer, de oplevede, at måden at takle hverdagslivet på var udfordret, når den kroniske lidelse blev en del af hverdagen. Begrænsninger kom til udtryk både i de små hverdags aktiviteter, som følgende citat er et eksempel på: *"Det vil sige, at når jeg vasker op, så slipper jeg for at sætte på plads, for jeg kan ikke løfte det op"*, men det påvirkede også deres selvopfattelse og accept af egen formåen, når de fysiske begrænsninger blev en del af hverdagen: *"Når jeg ser mig selv i spejlet, så tror jeg ikke på det - nej jeg er ikke støtte for mig selv"*.

Andre borgere var primært begrænset i udfoldelse efter lægernes anvisning. En borger måtte ikke rejse hjem til sit etniske hjemland grundet en operation, hvilket ikke blot gav afsavn til moderen i landet, men også et afsavn til sin etniske identitet, da borgeren ikke huskede sit hjemlands sprog. Samme borger følte sig også meget begrænset af lægernes anvisning om ikke at udfolde sig fysisk, hvilket forhindrede hende i at hjælpe venner, som hun gerne ville. En tidligere lastbilchauffør gennem 40 år måtte opgive sit job pga. operation, hvilket var en brat ændring fra den ene dag til den anden for borgeren. En tredje måtte opgive at køre bil, hvilket var særligt uheldigt for denne borger, der skulle til behandling tre gange om ugen på sygehuset og derfor var afhængig af anden transport.

Overordnet set kan det tolkes sådan, at de fysiske begrænsninger vægter meget for borgernes livsudfoldelse, da de enten ikke må eller kan gøre ting, de gerne vil, eller har kunnet før. Det mentale helbred blev kun direkte kommenteret af en borger, men gennem besvarelserne fornemmes, at der er en frustration og en afmagt forbundet med de fysiske begrænsninger.

Resultatet af begrænsningerne blev modelleret af borgernes mestringsevne. Nogle af borgerne havde formået at tilpasse sig den ændrede funktionsevne, hvor det kunne være at ændre de ydre vilkår som eksempel - reduceret arbejdstid, ændret motionsvaner eller skiftet hobby til noget mindre belastende eller selv kunnet finde løsninger i det daglige, der gjorde dagligdagen nemmere. Også den psykiske mestring blev beskrevet af nogle af borgerne. En anvendte humor og fandt plads til humor trods flere alvorligere indlæggelsesforløb. En havde udskiftet sin vennekreds, da *"de ville have ondt af mig"* og det tolkedes således, at borgeren havde følt sig fastlåst i en sygerolle, hun ikke ønskede. To borgere gav udtryk for, at det ikke lykkedes. Den ene borger beskrev, at kunne udføre daglige gøremål hjemme, men så det ikke selv som en succes, men fokuserede på begrænsninger.

Gennem tolkning kunne iagttages en manglende accept af sygdommen, som muligvis også blev forstærket eller vedligeholdt gennem en følelse af modstand i mødet med sundhedsvæsenet, som førnævnte borger, der fokuserede på begrænsningerne. En borger, hvis psykiske mestringsevne var begrænset, gav udtryk for, at den nemmeste vej i livet og ud af livet for ham var *”at at få en sprøjte, og det var det”*. Borgeren oplevede ikke støtte i det daglige, havde ingen kontakt til hverken venner eller familie, og havde ikke følt sig hørt eller taget alvorlig i mødet med sin egen læge. Borgeren beskrev, at netværket tidligere primært bestod af kolleger, og borgeren havde måttet opgive sit arbejde pga. sin sygdom.

Fortolkning og betragtninger af ”At kunne mestre og at kunne leve livet”

Mestringsevnen bliver afhængig af, hvordan borgerne takler deres udfordringer – ikke blot mentalt, hvor accept af sygdommen synes at være en nødvendighed, men også om de finder andre meningsfulde gøremål som erstatning for de ting, de må opgive. Derudover også i hvilken kontekst de befinder sig. Har de et netværk, der kan støtte dem i det daglige og måske også ligefrem være en hjælp i patienternes kontakt til sundhedsvæsenet.

Mestringsevnen hænger således for flere borgere sammen med hvilket **netværk**, de har, eller mangel på samme. En borger har det samme familiemedlem med til alle kontroller, og angiver at uden dette medlem, ville han være alene. En anden borger er også blevet mere afhængig af sit netværk i forhold til sygehuskontroller efter at have solgt bilen. Denne borger beskriver dog et stærkt netværk, hvor de sociale kontakter også opretholdes. En tredje borger fortæller, at hans egne mestringsevner nærmest ikke er eksisterende i forhold til at takle sygdom og symptomer. At havde han ikke hustruen, som støtte i hverdagen, ville han ikke få efterspurgt hjælp, komme til kontroller, og ej heller reagere på akut opstået sygdom. Her et eksempel på, at netværket er af stor betydning både m.h.t. kontakten til sundhedsvæsenet, men også mestringen og den daglige trivsel kan være afhængig af netværket, når den enkelte borger føler sig begrænset i hverdagslivet.

At leve med kronisk sygdom påvirker også det nære netværk, som ovenstående eksempler også viser. Det, at leve med en kronisk lidelse, gav for nogle af borgerne en anden rolle i hverdagslivet, i familien. Har borgeren altid haft indstillingen, at det var nødvendigt at tage vare på eget liv, at beslutningen var min egen, så var det en meget anderledes rolle at skulle konsultere eller få hjælp af netværket, inden beslutninger skulle træffes. Det kunne nærmest føles som en fallit erklæring, at skulle søge vejledning og rådgivning, selv om det var en ny situation, man befandt sig i. Følgende to udtalelser er

16

eksempler på denne oplevelse” *Så det kan være svært nogle gange at få spurgt? - det kan det godt ... men det er som sagt min egen skyld”*

”...jeg har været alene med mig selv og gøre tingene som ... så jeg skal lære at lytte lidt mere”

En af borgerne var meget bevidst om at prioritere, hvem i det nære netværk, der skulle være borgerens støtte, afhængig af hvilken problematik, der ønskedes ”vendt”. At det ikke nødvendigvis var ægtefælle, der skulle bruges i enhver situation, men at der kunne være andre i netværket, som borgeren også havde en fortrolighed med. Samme borger gav også udtryk for nødvendigheden af at invitere den / de nære pårørende ind, for på den måde at give mulighed for forståelse for borgerens sygdomstilstand, behandlingstilbud, nye tiltag, der skulle iværksættes.

Patientforeninger, sociale medier blev også hos et par af borgerne nævnt som en mulighed for at få støtte i hverdagslivet. De gav udtryk for det, at finde ligestillede, der gik med de samme tanker, lignende problematikker i forhold til den specifikke sygdomstilstand, kunne give et overskud, en fornemmelse af ikke at være alene, som raske i netværket ikke kunne sætte sig ind i ” ... jo længere tid der går, hvor tingene går som de skal, jo mere tryk bliver man også ved det ... nu er jeg medlem af en gruppe på Facebook, der hedder Hjertesvigt, og mange af de, der er med i gruppen har også den der ICD for selvfølgelig havde jeg googlet mig her og der - ikk osse - prøvet at søge oplysninger”

En del af netværket eller støtten for borgerne bliver også deres **kontakt til sundhedsvæsenet**. Her var der forskellige oplevelser. To borgere, som ud fra beskrivelserne, syntes at mestre deres sygdom, havde to forskellige oplevelser. Den ene borger beskrev ingen bekymringer omkring sin sygdom, hvilket muligvis kunne hænge sammen med, at han var meget tilfreds med kontrollerne på sygehuset. Han anerkendte, at der var mange, men gav udtryk for en tryghed ved disse kontroller. En anden borger følte sig omvendt begrænset med antallet af kontroller. Borgeren var gået ned i arbejdstid for netop at fastholde sin hverdag og undgå sygemelding, men fandt det vanskeligt med de mange kontroller sammen med en arbejdsdag. Et andet aspekt var, at kontrollerne krævede energi – en borger måtte nogle gange opgive sociale arrangementer efter kontrol. En borger gav udtryk for, at han havde det skidt med de mange kontroller, men følte han var nødt til det.

Blev mødet med de sundhedsprofessionelle præget af en forudindtaget, når borgeren havde flere kroniske lidelser? Der blev givet eksempler på manglende tid, manglende forståelse for hvilke aktiviteter, det var muligt at gennemføre som kronisk syg, og ikke at blive taget alvorligt, hvor blot flere tabletter skulle være løsningen på de gener,

17

symptomer, borgeren henvendte sig med i konsultationen. Der blev ikke "åbnet op" for mulige bagvedliggende grunde til generne, hvilket falder i tråd med artiklen om Pandoras æske (13). Der blev tydeligt givet udtryk for en frustration i mødet med sundhedsvæsenet, og spørgsmålet, hvordan fremtidens sundhedsvæsen kan imødekomme borgernes ønske til dette møde, blev rejst.

Konklusion på "At kunne mestre og at kunne leve livet"

At kunne leve et "normalt" hverdagsliv, at kunne udfylde "sin" plads i familien, at kunne passe sit arbejde, at kunne forblive den man er, er af stor betydning for ens selvforståelse i den kontekst, borgeren befinder sig i. Tilkommer der nye udfordringer i hverdagslivet, om det er udvikling i allerede erkendt sygdom, ny sygdom, har nogle af borgerne selv de nødvendige ressourcer og mentale overskud til at takle den nye situation. Andre af borgerne har den nødvendige støtte og ressource i ægtefællen, børnene eller i den nærmeste familie til at kunne håndtere udviklingen i livet med kronisk sygdom. En enkel af borgerne gav udtryk for ikke at have noget netværk til at håndtere udfordringerne med kronisk sygdom, og syntes ej heller at kunne hente støtte, råd og vejledning i det professionelle system.

At leve med kronisk sygdom var for deltagerne forbundet med begrænsninger, hvor særlige de fysiske begrænsninger var fremtrædende. Dette påvirkede også det mentale helbred i varierende grad, hvor mestringsevnen dels i form af borgerens egen evne til at acceptere og tilpasse sig de nye omstændigheder, og borgernes netværk, herunder socialt og støtte i forbindelse med kontakter til sundhedsvæsenet, spillede en rolle. Flere af deltagerne beskrev en oplevelse af mange kontroller i sundhedsvæsenet, hvor flere angav det som en belastning, dels tidskrævende men også energikrævende.

Der blev hos flere borgere givet udtryk for, at kontroller antalsvist er mange. En individualiseret tilgang til kontroller kunne være en løsning, så kontrollerne bidrager til at øge tryghed og trivsel frem for en begrænsning.

"At kunne få den støtte"

Hovedtemaet; "At kunne få den støtte jeg føler nødvendigt, også mellem sektorer - hvordan og hvor kan det lykkes"

I forhold til delemnet i interviewene omhandlende det netværk borgerne havde, både når det lykkedes at få den støtte til hverdagslivet, der blev efterspurgt, men også et indblik i borgernes liv, når de kunne have ønsket sig noget andet, var det overordnede budskab i besvarelserne, at det handlede om at blive set og hørt som, det hele menneske og ikke blot som en sygdom, et symptom, der ønskedes undersøgt.

At blive set, hørt, forstået og støttet som individ, når hjælp blev efterspurgt i det sundhedsprofessionelle system, var der flere borgere, der gav udtryk for at lykkes med.

Oplevelsen af en stor og vedholdende støtte fra den praktiserende læge og det øvrige personale i praksis havde for flere af borgerne gjort den forskel, at borgerne havde kunnet komme videre i hverdagslivet og havde fået den hjælp, der havde været nødvendigt for at kunne takle udfordringerne. Der blev beskrevet oplevelse af nærvær, lyttende tilstedeværelse i både dialog og samværet i sig selv, som det, der gjorde en forskel for den enkelte borger. At der trods en sparsom tid ved konsultationerne gjorde de professionelles mentale tilstedeværelse i konsultationen, at de så det hele menneske - "det hele mig". At den praktiserende læge formåede at tage affære på de signaler, symptomer, som borgeren henvendte sig med, som nok var udtryk for et dybereliggende problem, end det umiddelbare, fik borgeren til at føle, at her blev der gjort en forskel til gavn for mig.

At have en livline ind i det professionelle sundhedssystem var af stor betydning, gav flere af borgerne udtryk for. Denne livline, mulighed for kontakt, "lidt en åben dør" - "en åben telefon" som, der blev beskrevet, var deres garant for at kunne få støtte, en hjælp hvis nødvendigt. For borgerne var det en rar fornemmelse at vide, at hjælpen ikke var længere væk end et telefonopkald, at muligheden for en dialog var tilstede uden at skulle have et helt konkret behov for fremmøde, blot det at muligheden blev givet, var en god ting, og som en af borgerne sagde *"uden nogensinde at benytte sig af denne mulighed"*.

Kendskab til den enkelte borger og kontinuitet fra de professionelle blev også beskrevet som værende af stor betydning, når der tænktes på støtte i mødet med sundhedsvæsenet. Relationsdannelsen blev nævnt af flere som værende af stor betydning i mødet mellem borger og behandler. At møde den, de samme behandlere fra gang til gang og dermed nemmere kunne samle tråden op fra sidste gang, og at kunne undgå at skulle svare på de samme spørgsmål, gav for nogle af borgerne en ro, et overskud til andre ting i hverdagen. Som en af borgerne gav udtryk for *"de spurgte om al verdens ting, som jeg skulle svare på, og det var jeg træt af"*

At have en god relation til behandlerne, om det var egen praksis sygeplejerske, der kontrollerede sukkersygebehandlingen, eller om det var hjemmeplejen, der kom i hjemmet flere gange om dagen, eller om det var specialisterne, der kontrollerede ex. kræftsygdommen, gjorde, for nogle af borgerne, den forskel, at behovet for at konsultere egen læge, blev reduceret væsentligt. De benyttede sig af den gode relation, der var blevet opbygget og brugte de ressourcer, der var i relationen til at få svar på spørgsmål, der opstod undervejs, også selv om det ikke altid havde relation til det konkrete i deres møde.

At kunne få mere støtte, en større opmærksomhed i mødet med det sundhedsprofessionelle system, syntes en af borgerne blev mulig, hvis man sagde ja til deltagelse i videnskabelige projekter, undersøgelser af nye behandlingstiltag, nyt udstyr, devices. Han gav klart udtryk for, at en sådan deltagelse gav en fornemmelse af større bevågenhed og tættere kontroller, som han ikke ville have fået uden denne deltagelse.

Han gav også samtidig udtryk for et ønske om at kunne hjælpe andre patienter fremadrettet ved hans egen deltagelse i projektet. Den samme holdning var der flere af de andre interviewede borgere, der gav udtryk for, at som borger blev man nødt til at deltage i projekter, undersøgelser. Hvis ikke der var nogle borgere, der bød ind med deres tid, meninger og ønsker til fremtidens sundhedsvæsen, ville det ikke være muligt at opnå den nødvendige viden til fornyede behandlinger eller mulighed for at ændre sundhedsvæsenet.

Fortolkning og betragtninger af "At kunne få den støtte"

Oplevelsen af ikke at kunne opnå den støtte, omsorg i det professionelle system, som der bliver efterspurgt, kan være begrundet i flere årsager, var essensen af de 10 interviews. Tidsperspektivet i mødet mellem borger og de professionelle var en af årsagerne, der blev fremhævet, når borgerne skulle finde en årsagssammenhæng til manglende støtte. At borgeren oplevede en for hurtig vurdering, en mangel på tid til information, sproglige udfordringer uden den fornødne tid til at få eventuelle uklarheder afklaret. Der var ikke tid til yderligere undersøgelser i selve mødet, som kunne klarlægge en eventuel årsag til de gener og symptomer, som borgeren henvendte sig med, var nogle af de oplevelser borgerne gav udtryk for, når der skulle beskrives oplevelsen af mangel på støtte.

Ikke at blive forstået, en følelse af ikke blive set og hørt, ikke at få svar på det man søger hjælp til, i mødet med det sundhedsprofessionelle system, var alle eksempler på, hvor borgere gav udtryk for oplevelsen af en manglende støtte. Denne subjektive oplevelse af manglende forståelse, manglende empati, mangel på at blive taget alvorlig var noget, de interviewede gav udtryk for, der satte sig dybe spor. Har borgeren oplevet, måske flere gange, ikke at få en fornemmelse af at blive hjulpet, fortalte flere af borgerne, at så lader man være med at opsøge hjælp, man vælger ikke at spørge yderligere ind til eventuelle forklaringer, muligheder for hjælp, men i stedet lader man "stå til". Et valg, de godt var klar over, ikke er optimal i forhold til et liv med kronisk lidelse, men det var et bevidst valg, de tog for ikke at blive yderligere skuffet i mødet med de sundhedsprofessionelle.

I takt med den øgede digitalisering i det danske samfund og dermed også i mødet med både det kommunale og det regionale sundhedsvæsen gav nogle af borgerne udtryk for, at denne form for kommunikation var en udfordring. En af borgerne beskrev det, som at løbe panden mod en mur, og at hjælpen til at komme videre var svær at få. Der oplevedes en differentiering i, hvordan digitaliseringen bliver anvendt i forskellige grene af de offentlige instanser, og at det var denne forskellighed, der gav udfordringerne. Flere af borgerne fortalte, at den digitale kommunikation kun kunne lykkes, fordi der var støtte i det private netværk enten ved hjælp af ægtefælle, børn eller anden nær relation, som borgeren syntes skulle involveres.

Blev der i mødet mellem borger og de sundhedsprofessionelle taget hensyn til borgerens perspektiv på og formåen med at leve med en eller flere kroniske lidelser, blev borgeren inddraget i de beslutninger, der skulle tages. Dette var også et af områderne, der blev spurgt ind til i interviewene. Der var ingen tvivl om, at den overvejende del af de interviewede borgere havde et klart ønske om at skulle inddrages i de beslutninger, der skulle tages i forhold til nye behandlingstilbud, ændringer i den allerede etablerede behandling. Der var en klar holdning til, at beslutninger vedrørende borgerens liv skulle træffes af borgeren selv. Det, at tage ejerskab over eget liv, ligger så dybt i mange, og oplevelsen af, ikke at kunne få lov at være medvirkende i beslutningstagen føles grundlæggende forkert. Der efterlystes forskellige valgmuligheder, forskellige forslag til hvordan behandlingen kunne blive sammensat, hvorefter der efterlystes en mulighed for dialog mellem de forskellige aktører, inden en endelig beslutning skulle træffes. I den forbindelse var der nogle borgere, som igen påpegede et tidsperspektiv, som en barriere for at patient-, borgerinddragelsen kunne finde sted. For nogle var det blot et spørgsmål om nogle få minutter, mens en anden borger efterspurgte muligheden for at komme hjem og tænke over mulighederne, hvis ikke det ville have en helbredsmæssig konsekvens for vedkommende. Andre af borgerne gav klar udtryk for, at deres holdning til patient-, borgerinddragelse i beslutningerne skulle være af informerende karakter fra de sundhedsprofessionelles side. Her ytrede ønske om en beslutning, der kun lå hos specialisterne, og at det absolut ikke var nødvendigt med valgmuligheder, da det forventedes, at specialisterne handlede ud fra hvad, der syntes bedst i de enkelte situationer. Sådanne to diametrale ønsker til patientinddragelse stiller krav til både borger og sundhedsvæsen. At få foretaget en forventningsafstemning i mødet, at få afdækket borgerens egne ønsker, erfaringer og livsværdier, således at behandlingen bliver individuel tilpasset, er ifølge informanterne utrolig vigtig, således at det gode relationelle forhold bevares.

Om behovet for tiltag i nærområdet, der vil kunne gøre en forskel i livet med kronisk lidelse, blev der givet udtryk for en stor tilfredshed i deltagelse i rehabiliteringstilbud. Flere af borgerne havde været i forløb med fokus på rehabilitering og med fokus på genoptræning. At få det tilbudt krævede også, at man takkede ja, var en holdning, flere af borgerne gav udtryk for. De så en sammenhæng mellem deltagelse i tilbuddet og en forventet forbedret situation i deres hverdagsliv, en mulighed for at kunne forblive i eget hjem i længst mulig tid, hvis træning og rehabilitering blev gennemført. En af borgerne gav dog udtryk for, at en sådan deltagelse ikke var gennemførlig, da han rent praktisk ikke kunne finde parkeringsplads tæt nok på indgangsdøren. De fysiske ressourcer var opbrugte, inden han overhovedet kom til træningsdelen.

Konklusion på "At kunne få den støtte"

Der synes, at være et gennemgående tema i interviewene, når det handler om støtte eller mangel på samme, nemlig de professionelles menneskelige evne til at være nærværende og empatisk lyttende. Er evnen til at se "bag om" mennesket til stede i mødet, så er tiden ikke en afgørende faktor i forhold til at få den nødvendige støtte. Relationsdannelse og kontinuitet synes også at være væsentlige faktorer, når der tales om oplevet støtte for den enkelte borger. For nogle borgere er oplevelsen af støtte fra sundhedsvæsenet af mere konkret, praktisk karakter. Det, at have muligheden for en telefonkontakt, en form for "åben dør" ind i sundhedsvæsenet, giver oplevelsen af ikke at være ladt alene, det var en livline, som - for en af borgerne - aldrig havde været i brug.

Mangel på støtte hænger for flere borgere sammen med en tidsfaktor, en oplevelse af at der hurtigt skulle træffes beslutninger, at der ikke blev afsat tid til afdække og inddrage borgerens perspektiv i tilrettelæggelse af det videre forløb. At der ikke blev givet rum for en dialog om borgerens tidligere erfaringer, livsværdier, hvordan det er at leve med kroniske sygdomme, de professionelle var allerede videre til det næste og havde dermed ikke tiden til spørgsmål fra borgeren. Denne verbale afvisning havde hos nogle sat så dybe spor, at man hellere ville undlade at spørge næste gang, i nogle tilfælde undlod man helt at tage kontakt til det professionelle system for ikke at opleve en skuffelse på ny.

"At navigere i sundhedsvæsenet"

At navigere rundt i sundhedsvæsenet i bred forstand, handlede ud fra de ti besvarelser meget om de *personer*, som borgerne brugte. Flere borgere havde kontakt til flere afdelinger, i kraft af at de havde flere forskellige sygdomme. Overordnet set handlede det om kontakt direkte til afdelingen, kontakt til primærsektor i form af egen læge eller hjemmepleje eller for nogle primært familie/pårørende.

At føle et kendskab til en fagperson gik igen for flere. En kvindelig, ikke etnisk dansk borger havde ikke familie eller venner hun kunne trække på. Til gengæld havde hun god støtte i sin kontaktperson, der kendte borgeren rigtig godt - "*hun kan se på mig, når jeg har brug for hjælp..*". Borgeren havde gennemgået en stor operation og søgte primært støtte hos sygeplejerske på Aarhus Universitetshospital vedrørende spørgsmål omkring sit efterforløb af operationen. Sygeplejersken havde kendt borgeren gennem længere tid, hvilket, som borgeren gav udtryk for, for hende var af stor vigtighed. Borgeren mente ikke, at egen læge kunne bruges i den sammenhæng.

Denne holdning gav andre borgere også udtryk for, de opsøgte den relevante afdeling ved behov. En borger beskrev de mange kontakter, hun formåede at navigere i, som sygdomsspecifikke kontakter. Ved spørgsmål ang. diabetes ringede hun til sin

diabetesssygeplejerske, ang. hjertet ringede hun til hjerteafdelingen, og vedrørende nyrerne var kontakten selvfølgelig til nyreafdelingen. Hun havde også kontakt til egen læge, hvis det var andre ting eller generelle bekymringer. På trods af de mange kontakter fornemmede man, at borgeren var tryk og tilfreds, fordi borgeren netop kendte sine kontakter. Borgeren nævnede "hendes hjertelæge" ved navn, og at det for hende betød meget, dét at have godt kendskab til behandleren. En anden borger brugte primært sin søster og svoger til hjælp i at kunne navigere i sundhedsvæsenet, men følte sig også tryk i mødet med de professionelle, da det som oftest var den samme læge og sygeplejersker ved kontrollerne gennem efterhånden mange år. Borgeren brugte ikke sin egen læge, men det var primært af den grund, at han brugte hjemmeplejen, hvor det også var de samme, der kom i hjemmet. De kendte borgeren rigtig godt og tog kontakt til sygehuset uden om egen læge ved behov.

Fortolkning og betragtninger af " At navigere i sundhedsvæsenet"

På det foreliggende, kunne det i følge de interviewede borgere sagtens lade sig gøre at have flere forskellige kontakter og stadig føle en tæt relation og god kontakt med sine behandlere. En borger beskrev også i den sammenhæng at føle sig medinddraget i beslutningerne omkring sig selv. I forløbet efter en indlæggelse, hvor han havde brug for meget hjælp i starten i hjemmet, fornemmede man, der var mange aktører i gang omkring borgeren, men trods dette følte borgeren sig hørt og set på som et helt menneske. I efterforløbet brugte denne borger primært sine døtre såfremt, der var spørgsmål eller uklarheder, og havde egentlig svært ved at nævne alternativer hertil. Borgeren fortalte dog samtidig, at han brugte sin egen læge ved behov, primært med spørgsmål, som ikke handlede om borgerens nyresygdom, men egen læge vurderede også dette ifølge borgeren. En anden borger brugte også primært sin familie og ønskede også så vidt muligt at træffe beslutningerne selv og inden for familien. Denne borger gav udtryk for, at han var i tvivl om, hvor han skulle rette henvendelse til i forbindelse med et aktuelt nyopstået synkeproblem. I interviewet reflekterede han og hustru over, om kontakten skulle tages til hjerte- eller nyrespecialisterne, hvor borgeren i forvejen blev fulgt. Adspurgt om det kunne være egen læge, der skulle konsulteres i forhold til det nyopstået problem, afviste både hustru og borger dette som en mulighed. Beskrev ellers et godt forhold til egen læge, hvor borgeren også tidligere havde fået hjælp.

Andre borgere formåede bedre at kombinere brugen af sygehus og egen læge, hvor de selv vurderede, hvornår de skulle bruge hvem. En borger brugte primært hjerteafdelingen ved spørgsmål ang. hjertet, men med andre problematikker, brugte han sin egen læge som første kontakt og fortalte også om en sygeplejerske i lægepraksis, som han havde et godt kendskab til fra gamle dage. At have netop dette kendskab til praksissygeplejersken gjorde, at han kunne sige, hvad han ville, hvad han havde behov for. Han følte sig tryk

ved, at egen læge vurderede, hvad der skulle til for evt. at hjælpe videre ved behov. Han medgav, at han ikke holdte sig tilbage med at spørge. At fagpersonerne, som udgangspunkt fokuserede på det, de skulle, men hvis han selv efterspurgte mere, fik han det også.

Borgerens egen initiativ i kontakten blev også beskrevet af anden borger, hvor hun beskrev to situationer, hvor borgeren havde opsøgt egen læge og denne egentlig havde gjort noget andet end lægerne på sygehuset, nemlig henholdsvis at visitere hende til et gigtophold i Israel samt at give mere smertestillende medicin. Borgeren havde følt, egen læge virkelig gjorde noget for hende. Hun beskrev derimod flere forhold, hvor hun ikke var tilfreds med sygehusbehandlingen. Ud fra et relationsperspektiv bebrejdede hun manglende forberedelse eller mangel på intern kommunikation, f.eks. at den ene ikke vidste, at hun havde gigt, hvilket så igen affødte en ikke tilfredsstillende konsultation. Derudover, oplevede hun, at det var forskellige personer hun så - forskellige sygeplejersker eksempelvis. For hende selv mente hun det gik, da hun selv er i stand til at åbne munden ved behov. Hun nævnte sin nabokone som modsætning, som blev beskrevet som en person, der havde brug for en kontakt, hun kendte og derved fik opbygget et tillidsforhold til, hvilket de ovenstående problemstillinger forhindrede. Borgerens fortælling er et godt supplement til de ovenstående cases, hvor netop følelsen af kendskab og dermed en relation til behandleren er afgørende mere end antallet af kontakter. Borgeren her søgte selv andre veje, nemlig egen læge, men påpegede, at nogle andre borgere formentlig ville blive tabt her. Samme borger nævnte, som den eneste, patientforeningen for sin sygdom, hvor hun også oplevede god støtte.

En borger har reflekteret over, hvad løsningen på ovenstående problem kunne bestå af. Han beskrev, hvordan han kunne føle sig som en lille brik i et stort spil, og det kunne være svært at følge med. Når man som borger eksempelvis var til samtale, krævede det meget at følge med og spørgsmålene dukkede først op, efter man havde forladt samtalen. Og måske var der ting, man alligevel ikke forstod. Borgeren foreslog, at en person, som kunne være egen læge eller en sygeplejerske fra lægepraksis, som ikke blot kendte patienten, men også kendte sygdomshistorien og forstod det faglige indhold, som borgeren efterfølgende ved behov kunne få beskeden gentaget eller uddybet. Det ser ud som om, en slags tovholder måske kunne favne de borgere, som ikke selv formåede at opsøge relevant hjælp. Der var flere borgere, der primært brugte familie/pårørende. Det skaber en afhængighed, som kan være skrøbelig.

En borger medgav, at det udelukkende var på sin hustrus initiativ, at han kom afsted til sygehuset ved behov, eller egen læge. Det var også hustruen, der stillede spørgsmål ved kontakterne. Borgeren medgav, at der havde været en sygeplejerske fra en sygehusafdeling, der tilbød kontakt, når borgeren havde behov, hvilket, han syntes, var fint - men han havde ikke brugt det. Så her er en borger, som formentlig uanset hvor meget, der iværksættes for ham, er dybt afhængig af sit familiære netværk for at få

kontakt til sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet skal derfor ikke kun tænke på kontakten til borgeren, men måske også varetage kontakten til pårørende.

En af de interviewede borgere kunne slet ikke nævne nogle omsorgspersoner hverken fra sundhedsvæsenet eller det nære netværk, som kunne være ham hjælp i at navigere i sundhedsvæsenet. Således kan der være en gruppe som ikke føler sig hjulpet.

Konklusion på "At kunne navigere i sundhedsvæsenet"

Der synes ikke ud fra de ovenstående interviews at være en modsætning mellem god kontakt til sundhedsvæsenet og antallet af kontakter. Flere borgere har mange kontakter, men de borgere, som beskriver tilfredshed og tryghed, beskriver også, at det faglige personale har godt kendskab til dem og deres sygehistorie. Nogle borgere peger også på deres egen læge, som en vigtig aktør, når det gælder problemstillinger, der falder udenfor den kontakt, de har til sygehuset. Her nævnes kendskabet fra egen læge til borgeren også som et vigtigt forhold. Dog er der også borgere, som adspurgt til alternative kontakter end sygehuset, har svært ved f.eks. at nævne netop egen læge som en mulighed. Der er også en gruppe, som ønsker at bruge familien primært, hvor en af borgerne beskriver sig som helt afhængig af hustruens aktivitet i hans sygdom. En sådan borger type er skrøbelig, dels hvis de pårørende falder fra, men der kan også være fagligt indhold, som bliver tabt. Et løsningsforslag fra en borger om en fast sygeplejerske, en tovholder eller evt. egen læge, som deltager i kontroller, kunne favne denne rolle.

Sidst må man huske, som er fint illustreret gennem borgerne, at der er forskel på borgere. Nogle er gode til at opsøge hjælp, hvor andre ikke formår det. At navigere i sundhedsvæsenet bliver ikke kun et spørgsmål om hvor mange kontroller, borgerne skal holde styr på. Men også om de føler sig set og hørt, og at de kan følge med i deres sygdomsforløb, og kontakten til hver borger kan være nødvendig at individualisere for at favne bredest muligt.

Tværasektoriel indsats i nærområdet.

Overordnet konklusion i forhold til tværasektoriel indsats i nærområdet, der i følge de interviewede borgere ville kunne skabe et mere sammenhængende behandlingsforløb for de multisyge og eventuel kunne reducere hospitalskontakter, er, at den indhentede viden er sparsom. Dette område blev ikke belyst til bunds i de afviklede interviews. I nogle af interviewene blev emnet nærmest ikke berørt, i andre kunne borgerne ikke komme med forslag til, hvordan man kunne bruge nærområdet anderledes, end de allerede gjorde. De havde svært ved at "se ind i fremtiden" og dermed også at se, hvilke mulige behov for yderligere kontakt i nærområdet, der kunne opstå.

De interviewede borgere havde minimal behov for hjælp og støtte af den kommunale sektor. Der blev ydet hjælp til medicindosering, hjælp til støttestrømper og en enkel borger havde en kontaktpersonsordning. Det nuværende minimale behov for hjælp og støtte og dermed kendskab til den kommunale sektor, begrundet angiveligt, at borgerne havde svært ved at udtale sig om ønsker til det nære sundhedsvæsen. Emnet belyses ikke nærmere i denne rapport.

Som tidligere beskrevet var det for borgerne ikke afgørende, hvor mange kontakter de havde, de formåede at agere, navigere i specialerne, søgte støtte, vejledning og rådgivning der, hvor de mente at kunne få den og fik det også i stor udstrækning. For nogle af borgerne var deres kontakt til praktiserende læge begrænset. De syntes ej heller at have brug for denne relation, da de havde kontakt til specialer på sygehuset, og syntes at det var der, de kunne få den bedste sygdoms specifikke støtte i deres liv med kronisk lidelse. Andre borgere gav udtryk for, at de også fortsat gjorde brug af deres praktiserende læge, både når det drejede sig om noget specifikt i forhold til deres kroniske lidelser, men selvfølgelig også når der opstod akut behov for lægehjælp. Der er som tidligere nævnt parallelle forløb.

Borgerne havde overordnet ikke et ønske om at få reduceret disse kontakter eller få dem erstattet af anden indsats i nærområdet.

Der blev givet udtryk for at det relationelle, kendskab til hinanden, kontinuitet i mødet med de sundhedsprofessionelle var af stor betydning, og at det ikke var noget, man som multisyg ville undvære. Adspurgt i forhold til hvilke løsninger i forhold til opfølgning og kontrol for multisygdom, der kunne etableres i nærområdet, gav flere af borgerne udtryk for, at for dem betød det ikke så meget, hvor de skulle komme til kontrol, blot det var hos nogle, der kendte dem i forvejen.

Forelagt muligheden for en etablering af virtuelle løsninger i nærområdet, og eventuel muligheden for at tilgå flere af ens behandlere på en gang, blev umiddelbart ikke set som en væsentlig forbedring. Dog var der flere af borgerne, der gav udtryk for at det kunne være en forbedring, hvis behandlerne kunne snakke sammen, og at man som multisyg ikke skulle være budbringeren mellem de forskellige aktører ind i et behandlingsforløb.

Ved brug af virtuel løsning ind til det specialiserede sekundære sundhedsvæsen vil der for borgeren kunne reduceres i tidsforbruget til kontrol af deres kroniske lidelser. For mange borgere var der tale om lange fysiske afstande ind til kontrollerne.

Den eneste borger, som gav udtryk for udfordringer i forhold til kontroller i sekundær sektor, var også den eneste borger, som stadig var erhvervsaktiv. At være erhvervsaktiv, multisyg borger, som skal få hverdagslivet til at gå op i en højere enhed, kan give udfordringer. Denne borger havde i en periode valgt at gå ned i tid for at få tingene til at

hænge sammen. For hende kunne det være nemmere, hvis muligheden for kontroller også kunne foregå i nærområdet.

Ud fra nogle af borgernes udsagn kunne det tyde på, at også patienternes netværk ville blive mindre belastet, hvis en indsats i nærområdet kunne blive en realitet. Om en sådan virtuel løsning i nærområdet til borgernes sundhedsvæsen vil kunne reducere hospitalskontakter er uvis. For nogle af borgerne vil digitale løsninger også kunne give ekstra udfordringer - måske for nogle være en bremseklo - man ikke kan anvende, nogle vil give op på forhånd, hvilket i givet fald giver denne gruppe patienter en dårligere behandling, hvis den digitale løsning er eneste mulighed.

En af borgerne nævnte patientforeninger som en ressource i hverdagslivet med kronisk sygdom. Om der i disse patientforeninger ligger ikke allerede opdyrkede muligheder til det lokale netværk vides ikke med sikkerhed, men for denne borger var der stor støtte i patientforeningen til at håndtere livet med kronisk sygdom.

En af borgerne gav udtryk for at han valgte tilbud i sundhedshuset fra pga. praktiske udfordringer med ex parkeringspladser tæt ved sundhedshuset velvidende, at han på den baggrund, gik glip af et godt tilbud.

Konklusionen her må også være en differentierende tilgang, når man skal se på, hvilke tiltag, der kan og skal etableres i nærområdet i håb om at kunne skabe en mere sammenhængende behandling af multisygdomme.

Opsummering af mønstre og tendenser.

Ud fra de ti interviews med multisyge Skive borgere, indblik i deres hverdagsliv og hvilke udfordringer livet i sig selv og mødet med sundhedsvæsenet giver dem, den efterfølgende analyse og konklusion på de fire hovedtemaer, opsummeres kort her, hvilke handlingsforslag, ønsker til det nære sundhedsvæsen, borgerne har givet udtryk for. Desuden opsummeres også, hvilke områder, der kunne undersøges nærmere i eventuelle kommende følgeprojekter.

- Individuel tilgang til kontroller i sundhedsvæsenet - bidrage til øget tryghed og trivsel
- Opmærksomhed rettet mod den erhvervsaktive multisyge borger - sammenhæng mellem arbejdsliv og multisyg
- Relationer og nødvendig tid i mødet mellem sundhedsprofessionelle og den multisyge borger

- Forventningsafstemning i mødet mellem sundhedsprofessionelle og den multisyge borger
- Fortsat øget digitalisering af sundhedsvæsenet kan give udfordringer for den multisyge borger
- En mulighed for en "livline" ind i det sundhedsprofessionelle system - en let adgang til behandlere
- Praktiske forhold ved Skive Sundhedshus - flere parkeringspladser reserveret tæt ved indgangen
- Etablering af tovholderfunktion til hjælp til navigation i sundhedsvæsenet
- Opmærksomhed på kontakten til de nære pårørende
- Begrænset viden om ønsker til tværsektoriel indsats i nærområdet for at skabe mere sammenhængende behandlingsforløb
- Samlet dialog mellem de sundhedsprofessionelle behandlere - som multisyg kan man ikke altid være budbringeren

Metodekritik.

De enkelte interviews er foretaget af samme projektsygeplejerske, som også har udfærdiget interviewguiden.

Interviewguiden blev opbygget med det formål at få indblik i den enkelte borgers hverdagsliv, hvilke udfordringer, det at være multisyg, kan give i hverdagen. Ligeledes var ønsket også fra en start af projektet at spørge ind til oplevelser, erfaringer i mødet med sundhedsvæsenet. Blev der givet den støtte, der var nødvendigt og kunne den enkelte borger agere og navigere i kontakten med det sundhedsvæsen, som de var en del af. Efterfølgende, efter at interviewguiden var udfærdiget, de første interviews afviklet, kom der yderligere et ønske til indholdet i interviewene, et ønske om at få belyst hvilken støtte, pleje og behandling i nærmiljøet, de sårbare multisyge borgere har behov for mhp. at undgå unødigt akut og/eller elektiv behandling i sekundær sektor.

For at opnå validitet i forhold til det semistrukturerede interview og anvendelse af den oprindelige interviewguide og dermed opnå størst mulig reliabilitet for de 10 interviews, blev der ikke tilføjet yderligere spørgsmål til guiden.

I selve interviews situationerne har der ikke været en konsekvent struktur, herunder rækkefølgen i spørgsmålene. Det har i stedet været relationen og dialogen, der har været bestemmende for, hvorledes de enkelte områder af guiden blev berørt. Havde der været mere konsekvens i afviklingen af de enkelte interviews, ville de enkelte underspørgsmål med større sandsynlighed også være blevet besvaret. Til gengæld var der ikke opnået den

samme flydende og udforskende dialog, hvor også de pårørende, havde mulighed for at bidrage, som en naturlig del af en dialog.

At tre personer har transskriberet interviewene, dog med en overvægt fra projektsygeplejerskens side med i alt otte interviews, kan også give bias. Dette vurderes dog ikke til at have betydning i denne rapport, da det var meningsenheder, meningskondensering, essenser og tendenser, der skulle findes frem, til senere analysering. Formålet med kvalitative datahøst er netop at belyse tendenser og finde mønstre, hvilket har kunnet trækkes ud af de transskriberede interviews.

De første fem interviews blev kodet i de fire hovedtemaer individuelt af to personer, hvorefter der blev foretaget en sammenligning, en kvalificering af kodningerne. De sidste fem interviews er kun kodet af projektsygeplejersken, som også deltog i de første kodninger. Dette vurderes til fortsat at have god pålidelighed i kodningen.

En del af analysedelen er foretaget af to personer, en læge og projektsygeplejersken. De har hver for sig analyseret indholdet af interviewene op imod de fire hovedtemaer i interviewguiden. At der er to personer, der har været en del af analysedelen, kan give et mere nuanceret billede på de indsamlede data. Den endelige samlede analyse er alene projektsygeplejerskens.

De ønskede borgerkarakteristika er, som tidligere nævnt ikke blevet opfyldt. Det viste sig, at være en vanskelig opgave blot at finde de borgere, som stadig var erhvervsaktive og langt vanskeligere at finde borgere med psykiatriske diagnoser. Der kan kun gisnes om hvilke oplysninger, hvilke data, der ville være fremkommet, hvis det havde været muligt at få foretaget interviews med borgere med de ønskede karakteristika. Kvalitative data kan ikke generaliseres i metodisk forstand, men skal ses i sammenhæng med den kontekst, hvori de er indsamlet.

Afsluttende kommentar og en stor tak

Denne rapport ville ikke kunne være blevet til uden stor velvillighed og engagement fra de ti interviewede borgere. En stor og inderlig tak skal lyde. Tak for jeres tid, jeres interesse i at bidrage til projektet, jeres velvillighed til at fortælle om og give indblik i jeres liv som multisyg. At I på trods af dette følte, der var overskud til interviews og besøg af projektsygeplejersken.

Tak til projektejere, projektleder, sekretærer og læge, som alle har bidraget til denne rapport.

Litteratur.

1. "Hvidbog om Multisygdom"; Frølich, Olesen & Kristensen
2. "Danskernes sundhed - den nationale sundhedsprofil 2017" - Sundhedsstyrelsen 2018
3. "Multimorbiditet i et sundhedsvæsen, som er indrettet til enkeltsygdomme"; Reventlow S. et al. Ugeskrift for læger 2013
4. "Multisygdom- et patientperspektiv i navigation i sundhedssystemet og hverdagslivet"; Ørtenblad L., Meillier L. og Jönsson A.
5. "Danskernes Sundhed - den nationale sundhedsprofil 2013"; Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O et al;
6. "Chronic care management in Danish general practice - a cross-sectional study of workload and multimorbidity"; Moth, Vestergaard & Vedsted 2012
7. "Better management of patients with multimorbidity", Roland og Paddison 2013
8. "Interview", Kvale og Brinkmann (2014)
9. "Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland" ; Heistaro S. et al
10. "What is important to Older People with Multimorbidity and Their Caregivers? Identifying Attributes of Person Centered Care from the Users Perspective" Kuluski et al: International Journal of Integrated Care, 2019; 19(3): 4, 1–15. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4655>
11. "Defining good health and car from the perspective of persons with multimorbidity: results from a qualitative study of focus groups in eight European countries" Leijten et al 2017
12. "Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice" Nathan D. Shippeea,b,* , Nilay D. Shaha,b, Carl R. Mayc, Frances S. Maird, Victor M. Montoria,b 2012
13. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's box' Susan M Smith, Siobhan O'Kelly and Tom O'Dowd *British Journal of General Practice* 2010; 60 (576): e285-e294.

Bilag 1 Interviewguiden.

INTERVIEWGUIDEN - SKARB Fase 1

Hovedtemaer

At kunne mestre når der kommer nye udfordringer i egen situation - indblik i borgerens egne ressourcer og eventuelle andre personer/ instanser som ressourceperson.

At kunne leve livet som jeg ønsker det - at "forblive den jeg er" - indblik i hverdagslivet med kroniske lidelser.

At kunne få den støtte jeg føler nødvendigt, også mellem sektorer - hvordan og hvor kan det lykkes - indblik i det netværk der er omkring borgeren nu, både når det lykkes og der hvor borgeren kunne ønske sig noget andet.

At kunne agere, finde rundt i de mange behandlingstilbud min livssituation kræver - indblik i borgerens opfattelse af det "set up" der er mellem sektorerne (primær - sekundær) - findes der en tovholderfunktion?

Spørgsmål	Underspørgsmål
Fortæl om hvordan du lever med dine kroniske lidelser/ sygdomme i dagligdagen. Hvilke udfordringer kan det give dig at have ... <i>hjertesvigt, KOL, sukkersyge, angst, psoriasis</i> osv.? Hvordan takler du nye udfordringer - i forhold til sygdom? hvor eller hvem kan du hente hjælp hos?	•Hvilke sygdomme lever du med? •Hvem støtter dig i dagligdagen i forhold til dine sygdomme (hvis nogen)? •Hvem støtter dig - med professionel tilgang(hvis nogen)? •Hvor søger du råd hvis du føler dig dårlig med dine kroniske lidelser •Hvem synes du skal hjælpe dig, når du er syg? •Oplever du at de professionelle har en forforståelse / forudindtaget holdning til dig der fejler mere end en sygdom?
Hvordan er din dagligdag i forhold til at kunne det, du gerne vil, når du har flere kroniske lidelser? Giver det dig udfordringer i forhold til din familie, dit netværk, dine professionelle kontakter - egen læge, læger på hospitalet, sygeplejerske, socialrådgiver og /eller andre?	•Kan du klare de sammen daglige aktiviteter som du har altid har kunnet? hvis nej hvem støtter dig? •Hvor godt synes du dit helbred er? •Er der aktiviteter du har måttet opgive pga dine kroniske lidelser? har du fået nye aktiviteter? •Kan du komme med eksempler på personer, situationer hvor du som person blev ”glemt eller taget sig af”?
Hvad sker der efter din opfattelse, når du oplever at være godt hjulpet/ eller ikke af de professionelle Hvilke tiltag, tilbud kunne du ønske dig i dit nærområde i forhold til at bedre kunne leve med	•Kan du give eksempler på hvor du er blevet godt hjulpet af de professionelle.... •Kan du give eksempler på når der er problemer med at få den støtte du har behov for? •Hvem, hvor, hvilke situationer (ledere, medarbejdere, patienter, pårørende, andre aktører?) Steder? Relationer? •Blev der spurgt ind til din egen formåen, din viden, dine egne præferencer, følte du at beslutningerne var fælles beslutninger? •Eventuelle eksempler på hvad der kunne gøre dit liv med kroniske sygdomme nemmere. •Mangler du praktisk hjælp i dagligdagen?

flere kroniske lidelser?	
Fortæl om dine kontakter i sundhedsvæsenet i forhold til dine kroniske lidelser. Er der nogle positive effekter ved at være tilknyttet flere specialiserede klinikker? Kontakter både ved egen læge, sygeplejerske, sygehusene, kommunal regi Rammer og vilkår i mødet mellem borger, professionel kontakt - har der været den fornødne tid for dig som borger.	•Hvor mange kontakter har du i sundhedsvæsenet? •Har sundhedsvæsenet opbygning - specialisering i sygdomme en betydning for dig? •Støtte og vejledning i sygdomsmestring etc. •Opleves en tryghed i at det er specialisten der følger dig og dit sygdomsforløb? •Kom med eksempler på hvor det ikke.. og hvor det har givet mening for dig at komme til kontrol enten hos egen læge, sundhedshuset, sygehuset eller anden offentlig instans •Blev du hørt, taget med på råd •Kernen i sundhedsvæsenet - tovholder funktionen i dit liv - hvem har den?

Tilrettet efter pilot interview - januar 2020

SKARB – samarbejde om borgerne

Skive Sundhedshus – Kommune – Almen praksis – Region og Borger

Behandlerworkshop d. 2. marts 2020 kl. 15-18 Skive Sundhedshus



Baggrund

Antallet af borgere med multisygdom er stigende og opgjort til 22% af alle voksne danskere (1). Den enkelte borgers risiko for hospitalisering, antallet af sengedage og kontakter til almen praktiserende læge stiger med stigende antallet af kroniske sygdomme (1). Samtidig oplever de multisyge sundhedsvæsenet som ukoordineret og usammenhængende (2-4). Dette kan resultere i nedsat behandlingskvalitet og øget mortalitet af multisyge borgere (3,5).

Det danske sundhedsvæsenet er opbygget i sektorer og specialer, hvilket udfordrer de multisyge borgere med multisygdom, som har brug for en koordineret tværsektoriel indsats, som tager udgangspunkt i borgerens særlige behov (6,7). Der er behov for mere viden om, hvordan denne indsats skal organiseres hensigtsmæssigt (2).

Formål

Formålet med behandlerworkshoppen var at belyse, hvilken tværsektoriel intervention de multisyge borgere har behov for mhp. at reducere hospitalskontakter, og hvordan denne tværsektorielle indsats kunne organiseres set med et behandlerperspektiv. Behandlerworkshoppen var en del af projektets inddragelse af sundhedsprofessionelle i udvikling af den tværsektorielle indsats.

Metode

Behandlerworkshoppen blev planlagt og afholdt d. 2. marts 2020, hvor sundhedsprofessionelle og ledere fra Hospitalsenhed Midt, Skive Kommune og almen praksis i Skive Kommune blev inviteret til at deltage. Deltagerne modtog en program (bilag 1) for workshoppen sammen med invitationen, som blev distribueret pr. e-mail til alle speciallæger og ledere ved Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg, via ledelsessystemet i Skive Kommune og hospitalets netværk til alle praktiserende læger i Skive Kommune.

Der var afsat tre timer til workshoppen, som indledtes med et oplæg ved Anne Frølich professor i multisygdom ved Københavns Universitet og leder af Videnscenter for kroniske sygdom og multisygdom ved Slagelse Hospital. Herefter blev deltagerne bedt om at drøfte tre beskrevet borgercases med multisyge borgere. De tre cases var konstrueret på baggrund af interviewmaterialet indhentet fra multisyge borgere som en del af det gennemførte kvalitative delprojekt fase 1. Drøftelserne foregik i tværfaglige og tværsektorielle grupper af 5-6 sundhedsfaglige personer. Ved hvert bord deltog en bordformand, som forinden havde modtaget en vejledning (bilag 2) til beskrivelse af deres rolle. Bordformændene opgave var at facilitere diskussionen mellem deltagerene og skrive resumé. Hovedbudskaberne ved drøftelserne i grupperne blev præsenteret i plenum undervejs.

Efter behandlerworkshoppen blev alle resuméer på baggrund af de tre borgercases indsamlet, gennemgået og samskrevet til overordnede indsatser. De overordnede indsatser blev drøftet i projektgruppen, kvalificeret yderligere og formuleret mulige oplæg til SKARB intervention. Deltagerne af SKARB styregruppe traf efter ved anonym afstemning afgørelse omkring hvilken intervention, der skulle indgå i projektet som SKARB interventionen.

Resultater

Der var i alt inviteret 108 sundhedspersoner og ledere fra Regionshospitalet Viborg Skive og Skive Kommune samt alle praktiserende læger og praksissygeplejersker fra Skive kommune. I alt deltog 64 ved behandlere workshoppen fra følgende faggrupper; sygeplejersker, læger, repræsentanter fra patientforeninger, ledere, forsker og øvrige personale fordelt på 29 fra Skive Kommune, 29 fra Regionshospitalet Viborg Skive, tre fra Aalborg Universitet, to fra almen praksis og én fra Slagelse Hospital. Deltagerne blev delt op i 11 tværfaglige og tværsektorielle grupper med hver deres bordformand.



Figur 1. Professor Anne Frølich og case drøftelse i grupper

Efter samskrivning af resumé fra case drøftelserne blev der formuleret to mulige SKARB interventioner: Fællesambulatorium og Tovholder (bilag 3 og 4). Resultatet af afstemningen i SKARB styregruppe var, at vi skulle gå videre med Tovholder interventionen.

Videre proces

Efter rådgivning fra de praktiserende lægers organisation (PLO) blev projektet fremlagt for PLO-K og praksiskonsulenten for Skive Kommune. Tilbage meldingen var, at man ikke kunne godkende projektet på vegne af alle praktiserende læger i Skive Kommune, men vi skulle indgå individuelle samarbejdsaftaler med hver enkelt lægepraksis. Desuden var man bekymret for tidsforbruget til varetagelse af denne tovholderfunktion, og om man som praktiserende læge var den rette fagperson til at varetage denne opgave. På baggrund af gentagende drøftelser måtte vi reformulere SKARB interventionsprojektet, således de praktiserende lægers opgaver blev reduceret. SKARB styregruppe valgte på den baggrund at gå videre med afholdelse af SKARB MDT konferencer for multisyge borgere.

Referencer

- (1) Frolich A, Ghith N, Schiotz M, Jacobsen R, Stockmarr A. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. PLoS One 2019 Aug 1;14(8):e0214183.
- (2) Schiotz ML, Host D, Frolich A. Involving patients with multimorbidity in service planning: perspectives on continuity and care coordination. J Comorb 2016 Sep 16;6(2):95-102.
- (3) Schiotz ML, Host D, Christensen MB, Dominguez H, Hamid Y, Almind M, et al. Quality of care for people with multimorbidity - a case series. BMC Health Serv Res 2017 Nov 18;17(1):745-017-2724-z.
- (4) Ortenblad L, Meillier L, Jonsson AR. Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life. Chronic Illn 2018 Dec;14(4):271-282.
- (5) Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thume E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr 2016 Nov-Dec;67:130-138.
- (6) Frølich Anne, Olesen Frede, Kristensen Inge. Multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng. 2017.
- (7) Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2016 Feb;14(2):106-173.

SKARB behandlerworkshop Program

Mandag den 2. marts 2020 kl. 15.00 – 18.00

Skive Sundhedshus, foredragssalen plan 6, Resenvej 25, 7800 Skive

Kl. 15.00 – 15.15 Velkomst og introduktion til **SKARB** – samarbejde om borgerne
v. projektleder Lene Kongsgaard Nielsen

kl. 15.15 – 16.00 Multisygdom, hvad ved vi og hvor er vi på vej hen?
v. Klinisk professor i multisygdom ved Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet.

Kl. 16.00 – 16.15 Pause

Workshop

Kl. 16.15 – 16.30 Introduktion til workshop
v. chefkonsulent Kasper Bjørn

kl. 16.30 – 17.50 Casearbejde og drøftelse i tværsektorielle grupper

Kl. 17.50 – 18.00 Afrunding og afslutning

Kl. 18.00 Let anretning

SKARB – samarbejde om borgerne

Skive Sundhedshus – **K**ommune – **A**lmen praksis – **R**egion og **B**orger



Vejledning til bordformænd

SKARB Behandlerworkshop - mandag d. 2. marts 2020

Dette notat

Ved SKARB behandlerworkshop mandag d. 2. marts 2020 skal i andel del arbejdes workshopbaseret i grupper. I hver gruppe sidder én bordformand. Dette notat beskriver bordformændenes rolle og opgave. Der afholdes desuden "bordformands-møde" mandag d. 2/3 kl. 13.30-14.30 i foredragssalen, Skive Sundhedscenter, hvor alle bordformænd er inviteret.

Formål og mål med workshopen

Formålet med workshopen er at belyse, hvilke tværsektorielle indsatser sårbare multisyge borgere har behov for mhp. at reducere hospitalskontakter (ambulante kontakter, indlæggelser og genindlæggelser) set med et behandlerperspektiv.

Målet med workshopen er at indsamle idéer fra sundhedspersoner, som til dagligt arbejder med multisyge borgere, til hvordan vi kan reorganisere sundhedsvæsenet tværsektorielt til bedre at kunne varetage behandlingen af multisyge og reducere hospitalskontakter.

Workshoppens tidsplan organisering af gruppearbejdet

Den samlede tidsplan for arrangementet fremgår af programmet (vedhæftet).

Tidplanen for gruppearbejdet med bordformænd

16.15-16.30: Introduktion til casearbejdet

16.30-17.00: Case 1

17.00-17.30: Case 2

17.30-17.55: Case 3

Der sammensættes på forhånd grupper af cirka syv deltagere, blandet på tværs. Én af de syv er på forhånd udpeget som "bordformand". Gruppearbejdet rammesættes og faciliteres af Kasper Bjørn (facilitator på workshopen).

De tre cases er udarbejdet på forhånd og tage afsæt i nogle af de udfordringer, som er blevet rejst af multisyge borgere, som et blevet interviewet som en del af det kvalitative projekt i SKARB fase 1. Hver bordformand vil få udleveret de tre cases og et dokumentationsark tilhørende hver case. (Udleveres ved bordformænds-mødet før workshopen).

Bordformandens opgave

- at sikre, at de idéer og budskaber, som kommer frem i gruppen bliver dokumenteret på dokumentationsarket. Der vil være sporadisk opsamling i plenum, men det videre arbejde efter workshopen kommer til at bero på indholdet i dokumentationsarket.
- at bidrage til facilitering i gruppen. Bordformanden kan hjælpe til, at alle kommer til orde, og bordformanden kan hjælpe gruppen på sporet igen, hvis gruppen kommer for langt ud af en enkelt tangent. (Det kan sagtens ske for engagerede fagfolk). Så hjælper bordformanden gruppen til at fokusere på opgaven igen.

Baggrundsinfo: Hvad kommer til at ske efter workshopen 2.marts?

Fagpersonernes idéer, der kommer frem ved behandlerworkshopen, kommer til at indgå i udviklingen af interventionen. Interventionen har til formål at reducere hospitalskontakter for

sårbare multisyge borgere og vil blive afprøvet og evalueret i SKARB – fase 2. Samlet set er målet at kvalitetsudvikle Skive Sundhedshus og dermed højne den borgeroplevet og behandlingsmæssige kvalitet af sundhedsvæsenet i nærmiljøet for sårbare multisyge borgere fra Skive. Dette betyder altså, at gruppernes input kommer i direkte anvendelse. Jo bedre grupperne får beskrevet deres input på dokumentationsarket, jo bedre er mulighederne for at tage deres input i anvendelse.

Baggrundsinfo: Hvad er gået forud for workshoppen 2.marts?

Som optakt til behandlerworkshoppen har Anne Dorthe Bjerrum og Lene Kongsgaard Nielsen haft møde med henholdsvis afdelingsledelsen for medicinsk afdeling og hjertesygdom HE Midt, Henning Danielsen og Jens Refsgaard d. 14. januar 2020 og ledere fra Skive Kommune, Marianne Balsby, Trine Brøcher, Lars Olesen, Marianne Frost og Bente Søballe d. 4. februar 2020.

Agendaen for møderne var at drøfte, hvilken intervention for multisyge borgere, man ledelsesmæssigt, økonomisk og personaleressourcemæssigt, anser som muligt indenfor egen sektor.

Følgende elementer kom frem ved møderne:

- a) Kan telemedicinske løsninger tænkes ind?
Skive Kommune og HE Midt Medicinsk afdeling og hjertesygdomme har nogen/begrænset erfaring med telemedicinske løsninger til multisyge (fx videokonsultationer fra hjemmet). Kan de tænkes ind som et alternativ til fysisk tilstedeværelse af borgerne eller sundhedspersonale i Skive Sundhedscenter?
- b) Hvordan kan borgernes individuelle behov imødekommes?
Hvordan kan individuelle patientforløb tilpasset borgerens kroniske sygdomme og behandlingsmæssige behov imødekommes indenfor samme ramme/kriterier for visitering til fx behandlingsforløb på hospitalet eller kommunale sundhedsydelser som er gældende i dag?
- c) Fokus på at løfte opgaven tværsektorielt og koordineret
Hvordan kunne man tænke sig, at vi i et tværsektorielt set-up kan reorganisere behandling, pleje og omsorg for sårbare multisyge? Hvordan spiller den almen praktiserende læge, hjemmesygeplejersken og speciallægen på hospitalet ind i det? Kan vi undgå gentagelser fx "dobbeltblodprøvetagning", dvs. at der tages blodprøver både i hospitalsregi og hos den praktiserende læge.
- d) Hvem skal være tovholder på de tværsektorielle forløb?
Hvem skal have overblikket? Den praktiserende læge? Den tilknyttede speciallæge på hospitalet? Hvem varetager koordineringen mellem sektorer – og hvem har adgang til alle borgernes data på tværs?
Kommunerne har tidligere fået fremsat et ønske fra borgerene om én kommunal funktion/person tilknyttet hver borger, der kan favne hele det kommunale område. Det er erfaringsmæssigt vanskeligt at efterkomme. Det kommunale sundheds- og sociale område er af en sådan størrelse, at der er behov for, at flere personer med forskellige kompetencer skal med ind over borgeren.
- e) Økonomi
Hvordan kan en kvalitetsforbedring af området gå hånd i hånd med den nuværende økonomiske ramme? Skal ressourcerne omfordeles?

Oplæg til SKARB intervention

Fælles ambulatorium

Indledning

Ved SKARB behandlerworkshop d. 2. marts 2020 indkom en række input og ideer til SKARB interventionen, som blev nedfældet på dokumentationsarkene under casedrøftelse i tværsektorielle grupper. Disse input og ideer er samskrevet og nogle heraf kan samles under overskriften; fælles ambulatorium (se bilag 3). Dette oplæg har til formål kort at beskrive etableringen og organiseringen af et fælles ambulatorium til at varetage multisyge borgers tværsektorielle forløb med afsæt i input og ideer fra behandlerworkshoppen og de udførte kvalitative interviews.

Formål

Projektets overordnede formål er at undgå akut behandling og nedbringe elektiv behandling i sekundær sektor (når der ikke er behov for intervention på et hospital) ved at imødekomme multisyge borgers behov for støtte, pleje og behandling i nærmiljøet.

Primære formål

Reducere hospitalskontakter for multisyge borger 30 dage og 6 måneder efter inklusion

Sekundært formål

Øge borgerinddragelse/fælles beslutningstagen (patientoplevelt kvalitet)

Eksplorative formål

- Sygdomsspecifikke parametre afhængig af borgerens kronisk medicinske sygdomme fx graden af astmakontrol, blodtryk, hæmoglobin A1c, selvrapporteret åndenød ved KOL (behandlingsmæssig kvalitet)
- Forbrug af ydelser i primær og sekundær sektor inkl. indlæggelsesdage, personale ressourcer (personale forbrug og økonomi)

Metode

Design

Et single-center pilot randomiseret case-kontrol studie, som evalueres med udgangspunkt i triple aim princippet (patientoplevelt og behandlingsmæssig kvalitet samt ressourcer og økonomi).

Borgere

Inklusionskriterier

- Borgeren taler og forstår dansk.
- Borgeren er ≥ 18 år.
- Borgeren har ikke diagnosen demens.
- Borgeren vurderes at have en restlevetid på mere end tre måneder.
- Borgeren skal have bopæl i Skive Kommune.
- Borgeren skal have $\geq$ to af de 10 nedenstående medicinske eller hjertemedicinske diagnoser hvoraf begge følges i en medicinsk eller hjertemedicinsk klinik på Hospitalsenhed Midt, Viborg Skive.

10 Medicinske diagnoser			
Hypertension	Thyroideasygdom	Astma	Kronisk iskæmisk hjertesygdom
Bronkiektasi	Diabetes	Kronisk obstruktiv lungesygdom	Hjertesvigt
Atrieflimmer	Kronisk nyresygdom		

Egnede borger inkluderes ved besøg eller indlæggelse i Medicinsk og hjertemedicinsk sengeafsnit eller klinikker, Hospitalsenhed Midt, Viborg Skive. Der vil blive inkluderet 188 multisygge borgere i projektet.

Egnede borger, som har givet mundligt og skriftligt samtykke til at deltage i projektet inkluderes. Når inklusionsdata er indsamlet er borgeren inkluderet og borgeren randomiseres dernæst til enten kontrol- eller interventionsgruppen. Borgere, som bliver randomiseret til kontrolgruppen fortsætter deres kontrolforløb i de medicinske og hjertemedicinske klinikker HE Midt.

Procedure for interventionsborgerne

Borgere, som indgår i interventionsgruppen henvises til "Fælles ambulatoriet" i Skive Sundhedshus, som nu overtager borgerens forløb på hospitalet. Fælles ambulatoriet skal således ses om en udbygning af den allerede etablerede "Klinik for åndenød", som fungerer i dag som en fælles hjerte og lungemedicinsk udredningsklinik. Borgeren afsluttes i de tidligere tilknyttet medicinske og hjertemedicinske klinikker HE Midt.

Ved modtagelsen af henvisningen i fælles ambulatoriet nedsættes et behandlingsansvarlig team bestående af borgerens sundhedsprofessionelle aktører bestående af én speciallæge fra hvert af de involverede medicinske/hjertemedicinske specialer, den praktiserende læge og evt. involveret hjemmesygeplejerske eller terapeut/pædagog.

SKARB projektsygeplejerske kontakter borgeren indenfor 2 hverdage efter modtagelse af henvisningen mhp. at arrangere en afklarende samtale med deltagelse af borgeren, det behandlingsansvarlige team, SKARB projektsygeplejerske og evt. pårørende. Hvis borgeren er inkluderet ifm udskrivelse skal den afklarende samtale være afholdt indenfor 5 hverdage. Hvis borgeren er inkluderet ifm. et kontrolbesøg i en medicinsk eller hjertemedicinsk klinik skal den afklarende samtale være afholdt indenfor 10 hverdage. Der kan være tale om et fysisk møde i fælles ambulatoriet, et videomøde møde eller en kombination, hvor nogle deltager fysisk og andre deltager på video.

Den afklarende samtale har til formål

- at udpege en patientansvarlig læge (PAL), som skal være en speciallæge ansat på hospitalet indenfor et relevant speciale ift. borgerens kroniske sygdomme
- at udarbejde en *behandlingsplan* med ét *behandlingsmæssigt mål* (fx bedre kontrol af KOL eller diabetes) og ét *sundhedsfagligt mål* (fx rygestop eller vægttab).
- gennemgå borgerens medicinliste
- afstemme forventninger og tværsektorielle opgaver mellem det behandlingsansvarlige team og borgeren
- Evt. opfølgning på den lagte plan fra epikrisen

De fremtidige kontroller af borgernes kroniske sygdomme varetages nu via fælles ambulatoriet, hvor PAL er ansvarlig for borgerens samlet tværsektorielle forløb, samarbejdet i det behandlingsansvarlige team og skal fremstå som den gennemgående lægelige figur overfor borgeren. Hvis borgeren er tilknyttet klinikker/ambulatorier udenfor HE Midt skal disse involveres i fælles ambulatoriet, hvis det er muligt/giver mening. Rent praktisk vil PAL i samarbejde med SKARB projektsygeplejersken have til opgave at samle kontroller og

undersøgelser mhp. at imødekomme projektets primære formål og koordinere dette med det behandlingsansvarlige team.

PAL og SKARB projektsygeplejerske har mulighed for at inddrage følgende elementer fra "SKARB værkstøjskassen" (se bilag 4) i behandlingsplanen

- Etablering af og deltagelse i videokonsultationer ml. borgerens sundhedsprofessionelle aktører som erstatning for fysisk fremmøde på hospitalet.
- Henvise til sundheds- og sociale tilbud i Sundhedscenteret (træning, rygestop, patientundervisning) hvis borgeren opfylder nuværende kriterier for det pågældende tilbud
- Inddragelse af teknologiske løsninger (videokonsultation fra hjemme/sundhedscenteret, digital blodsuktermåling)
- Inddragelse af hjemmeplejen ved behov, evt. til etablering af struktur på hverdagen
- Gennemgang af medicinliste i samarbejde med borgerens involverede læger.
- Løbende revidering af behandlingsniveau (genoplivning, indlæggelse), når det er relevant

Ved den afklarende samtale udfylder SKARB projektsygeplejerske et skema hvorpå behandlingsplanen, borgerens valgte behandlings- og sundhedsfaglige mål og tidplan for evaluering af målene dokumenteres. Skemaet og PAL lægens navn sendes ud til borgernes sundhedsprofessionelle aktører og dokumenteres i MidtEPJ (patientorienterede plan (POP), korrespondance brev?).

PALs opgaver er beskrevet i "Hvidbog for den patientansvarlig læge 2017" (bilag 4) og desuden indgår

- det overordnede ansvar og overblik for borgerens tværsektorielle forløb og har således en funktion som koordinator og bagstopper/tovholder for det samlede behandlingsforløb og evt. udredningsforløb.
- sikring af at alle kender borgens behandlings- og sundhedsmæssige mål
- sikring af at behandlingsplan overholdes og de valgte behandlings- og sundhedsmæssige mål opnås
- Sikre, at der bliver foretaget opsøgende hjemmebesøg årlig ved borger ≥ 75 år med e.l. og hjemmesygeplejerske
- Ved indlæggelse at sikre hensigtsmæssig indlæggelsesforløb og koordineret udskrivelse. Desuden sikre gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg (med udgangspunkt i anbefalinger beskrevet i "Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen. Opsamlingsnotat, DEFACUM 2016), hvis borgerne får ≥ 23 point ved behovsscreening ved udskrivelse.

Borgeren forbliver tilknyttet fælles ambulatoriet så længe borgeren bliver fulgt med én af de henvisningsgivende diagnoser, dvs. hvis kontrol af begge/alle de medicinske diagnoser, som borgeren har på henvisningstidspunktet overgår til egen læge bliver borgeren afsluttet fra fælles ambulatoriet. Ved ønske/behov kan borgerne blive tildelt en ny PAL i forløbet.

Perspektiver

I dette projekt undersøges effekterne, heriblandt effekten på hospitalskontakter, af den allerede etablerede PAL funktion i en organisatorisk tilpasset ramme hertil i form af et fælles ambulatorium med tværsektorielle aktører. Fælles ambulatoriet kan understøtte PAL funktionens opgaver gennem en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse i egen afdeling, på tværs af afdelinger og tværsektorielt. Hermed får PAL mulighed for at være borgerens gennemgående lægelige figur, som har ansvaret for et sammenhængende behandlingsforløb. Målet er desuden, at borgerne tilknyttet fælles ambulatoriet vil opleve sundhedsvæsenet tiltagende koordineret, sammenhængende og borgerinddragende med høj behandlingsmæssig kvalitet.

Oplæg til SKARB intervention

Tovholder

Indledning

Ved SKARB behandlerworkshop d. 2. marts 2020 indkom en række input og ideer til SKARB interventionen, som blev nedfældet på dokumentationsarkene under casedrøftelse i tværsektorielle grupper. Disse input og ideer er samskrevet og nogle heraf kan samles under overskriften; Tovholder (se bilag 1). Dette oplæg har til formål kort at beskrive etableringen og organiseringen af en tovholderfunktion til at varetage multisyge borgers tværsektorielle forløb med afsæt i input og ideer fra behandlerworkshoppen og de udførte kvalitative interviews.

Formål

Projektets overordnede formål er at undgå akut behandling og nedbringe elektiv behandling i sekundær sektor (når der ikke er behov for intervention på et hospital) ved at imødekomme multisyge borgers behov for støtte, pleje og behandling i nærmiljøet.

Primære formål

Reducere hospitalskontakter for multisyge borger 30 dage og 6 måneder efter inklusion

Sekundært formål

Øge borgerinddragelse/fælles beslutningstagen (patientoplevelt kvalitet)

Eksplorative formål

- Sygdomsspecifikke parametre afhængig af borgerens kronisk medicinske sygdomme fx graden af astmakontrol, blodtryk, hæmoglobin A1c, selvrapporteret åndenød ved KOL (behandlingsmæssig kvalitet)
- Forbrug af ydelser i primær og sekundær sektor inkl. indlæggelsesdage, personale ressourcer/faglighed til varetagelse af tovholderfunktion/koordinering (personale forbrug og økonomi)

Metode

Design

Et single-center pilot randomiseret case-kontrol studie, som evalueres med udgangspunkt i triple aim princippet (patientoplevelt og behandlingsmæssig kvalitet samt ressourcer og økonomi).

Borgere

Inklusionskriterier

- Borgeren taler og forstår dansk.
- Borgeren er ≥ 18 år.
- Borgeren har ikke diagnosen demens.
- Borgeren vurderes at have en restlevetid på mere end tre måneder.
- Borgeren skal have bopæl i Skive Kommune.
- Borgeren skal have $\geq$ to af de nedenstående kroniske medicinske eller ikke-medicinske diagnoser, som følges i én af Region Midtjyllands klinikker/ambulatorier og hvoraf minimum én diagnose følges i en medicinsk eller hjertemedicinsk klinik på Hospitalsenhed Midt, Viborg Skive.

10 Medicinske diagnoser			
Hypertension	Thyroideasygdom	Astma	Kronisk iskæmisk hjertesygdom
Bronkiektasi	Diabetes	Kronisk obstruktiv lungesygdom	
Hjertesvigt	Kronisk nyresygdom	Atrieflimmer	

6 Ikke-medicinske diagnoser			
Depression	Angst og belastning-/tilpasningsreaktion inklusiv stress	Kræft	Rheumatoid arthritis, andre inflammatoriske polyartriter eller systemisk bindevævssygdomme
Perifer vaskulær sygdom	Prostata sygdomme		

Egnede borger inkluderes ved besøg eller indlæggelse i Medicinsk og hjertemedicinsk sengeafsnit eller klinikker, Hospitalsenhed Midt, Viborg Skive. Der vil blive inkluderet 188 multisygge borgere.

Data indsamling ved inklusion

Egnede borger, som har givet mundligt og skriftligt samtykke til at deltage i projektet. Når inklusionsdata er indsamlet er borgeren inkluderet og borgeren randomiseres dernæst til enten kontrol eller interventionsgruppen.

Procedure for interventionsborgerne

Indenfor 5 hverdage efter borgeren er randomiseret til interventionen afholdes en afklarende samtale med deltagelse af borgeren, tovholderen, SKARB projektsygeplejerske og evt. pårørende. SKARB projektsygeplejerske står for at kontakte den valgte tovholder og borgeren mhp. at arrangere den afklarende samtale. Den afklarende samtale har til formål

- at afstemme forventninger til tovholderens tværsektorielle koordineringsopgaver
- at udarbejde *en behandlingsplan* med *ét behandlingsmæssigt mål* fx bedre kontrol af KOL eller diabetes og *ét sundhedsfagligt mål* fx rygestop eller vægttab.
- Evt. opfølgning på plan i epikrisen

Tovholderen og SKARB projektsygeplejerske har mulighed for at inddrage følgende elementer fra "SKARB værkstøjskassen" (se bilag 4) i behandlingsplanen

- Etablere videokonsultationer ml. borgerens sundhedsprofessionelle aktører som erstatning for fysisk fremmøde på hospitalet
- Anvende videoambulatorium i Skive Sundhedshus (under etablering i RM regi)
- Inddragelse af andre teknologiske løsninger (videokonsultation fra hjemme/sundhedscenteret, digital blodsuktermåling)
- Henvise til sundheds- og sociale tilbud i Sundhedscenteret (træning, rygestop, patientundervisning) hvis borgeren opfylder nuværende kriterier for det pågældende tilbud
- Arrangere opsøgende hjemmebesøg årlig ved borger ≥ 75 år med e.l. og hjemmesygeplejerske
- Etablering af struktur på hverdagen
- Gennemgang af medicinliste i samarbejde med borgerens involverede læger.
- Løbende revidering af behandlingsniveau (genoplivning, indlæggelse), når det er relevant

- ...

Ved den afklarende samtale udfylder SKARB projektsygeplejerske et skema hvorpå behandlingsplanen, borgerens valgte behandlings- og sundhedsfaglige mål dokumenteres. Skemaet og tovholderens navn og opgaver sendes ud til borgernes sundhedsprofessionelle aktører og dokumenteres i MidtEPJ (patientorienterede plan (POP), korrespondance brev?).

Tovholderens opgaver er at deltage i den afklarende samtale og sikre

- relationel koordinering af borgerens tværsektorielle forløb, således alle kender borgers behandlings- og sundhedsmæssige mål
- behandlingsplan overholdes
- de valgte behandlings- og sundhedsmæssige mål opnås
- hensigtsmæssig indlæggelsesforløb og koordineret udskrivelse, hvis borgeren bliver indlagt. Desuden sikre gennemførelse og deltagelse i opfølgende hjemmebesøg (med udgangspunkt i anbefalinger beskrevet i "Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen. Opsamlingsnotat, DEFACTUM 2016), hvis borgerne får ≥ 23 point ved behovsscreening ved udskrivelse.
- Stå til rådighed for borgeren ved spørgsmål etc.
- Hvis borgeren tilbydes nye udrednings- eller behandlingsforløb i primær eller sundhedssektoren skal tovholderen informeres og sikre, at dette foregår koordineret og i overensstemmelse med borgerens behov.

Tovholderen er tilknyttet borgeren i 6 måneder. Ved behov kan borgeren blive tildelt en ny tovholder i projektperioden.

Perspektiver

I dette projekt undersøges effekterne, heriblandt effekterne på hospitalskontakter, af at borgeren tilknyttes en tovholder af sit tværsektorielle forløb. Tovholderen er udpeget efter borgerens eget valg blandt én af borgerens tilknyttede sundhedspersoner til sikring af høj grad af borgerinddragelse. Projektet er organiseret mhp. at sikre optimale betingelser for, at tovholderen sammen med borgeren har de fornødne redskaber i nærmiljøet til at imødekomme borgerens sundhedsbehov. Målet er således at etablere og afprøve individuelle tilrettelagt tværsektorielt borgerforløb på tværs af sundhedsaktører, som skal sikre, at borgerne oplever sundhedsvæsenet tiltagende koordineret, sammenhængende og borgerinddragende med høj behandlingsmæssig kvalitet.

SKARB – samarbejde om borgerne

Skive Sundhedshus – Kommune – Almen praksis – Region og Borger



Fase 2, 2. delrapport - fokusgruppeinterview

En dybere forståelse af virtuelle SKARB konferencer med tværsektoriel deltagelse

Primær skribent klinisk sygeplejespecialist Karen Alrø Riisgaard Johnsen

Medicinsk Afdeling og Hjertesygdomme, Regionshospitalet Viborg

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning.....	3
Formål.....	3
Metode.....	3
Design.....	3
Deltagere i SKARB MDT konference.....	3
Rekruttering af deltagere til fokusgruppeinterview.....	4
Planlægning af interviews.....	4
Udvikling af spørgeguide.....	4
Dataindsamling og analyse.....	5
Opsummering.....	11
Sammenligning med andre studier.....	13
Perspektiver.....	13

Indledning

I Projekt SKARB afprøves en model med SKARB multidisciplinær teamkonferencer (MDT), hvor borgeren, dennes praktiserende læge og hospitalslæge samt en repræsentant fra kommunen deltager. SKARB MDT konferencemodellen stammer bl.a. fra et canadisk studie, som havde til formål at styrke det interprofessionelle samarbejde og er revideret til dette studies formål (1).

Formålet med SKARB MDT konferencen (projekt SKARB fase 2) er at sikre gennemførlighed af SKARB MDT konferencen ved løbende evaluering og optimering af arbejdsgange og procedurer, samt at sikre høj grad af bruger- og borgertilfredshed af SKARB MDT konferencen og at vurdere behovet for ressourcer i de tre sektorer til SKARB MDT konferencen.

Fokusgruppeinterviews vælges som metode for at uddybe hvordan deltagernes oplevelser med SKARB MDT konferencerne har været.

Formål

Primære formål

Formålet med fokusgruppeinterviews var at få en dybere forståelse af gennemførligheden af SKARB multidisciplinær teamkonferencen (MDT) ved at bede deltagerne uddybe deres oplevelser med MDT konferencen, dennes organisering og mulige forbedringer. Samt at uddybe evalueringsskemaerne fra SKARB MDT konferencerne.

Sekundære formål

At få belyst om MDT konferencen gav sundhedsfaglig værdi.

Metode

Design

Semistrukturerede fokusgruppeinterviews blev valgt for at opnå en dybere forståelse af interviewdeltagernes oplevelser med SKARB MDT konferencerne. I kraft af at deltagerne havde mulighed for at supplere hinanden, kunne de diskutere emnerne, der blev bragt op i gruppen, og derpå opnå en interaktion.

Interviewene tog udgangspunkt i deltagernes egne oplevelser med SKARB MDT konferencen, og det var disse oplevelser, der kom frem i interviewet.

Fokusgruppeinterviews er en ikke-styrende interviewstil, hvor det handler om at få så mange forskellige synspunkter frem som muligt omkring et bestemt emne. Deltagerne skulle ikke opnå enighed og der skulle ikke findes en endegyldig sandhed, men deltagernes forskellige synspunkter skulle fremlægges (2).

Deltagere i SKARB MDT konference

Der blev afholdt MDT konferencer af to omgange. Første omgang var fra november 2020 til marts 2021, hvor der blev afholdt 10 MDT SKARB MDT konferencer. Anden omgang startede maj 2021 og november 2021 og udgjorde 12 SKARB MDT konferencer. Deltagerne til fokusgruppeinterviews stammede fra de MDT konferencer, der blev gennemført i anden omgang.

Borgerne blev rekrutteret via BI-portalen ud fra borgernes registrerede diagnoser og tilknyttede praktiserende læge. De blev kontaktet af SKARB projektsygeplejersken. Borgerne i SKARB MDT var alle tilknyttet tre udvalgte praktiserende læger alle med praksis i Skive.

Borgere, der blev inkluderet i Projekt SKARB, havde enten to eller flere medicinske eller ikke-medicinske diagnoser. Hospitalslægerne, der deltog i SKARB MDT konferencerne, var alle overlæger eller afdelingslæger.

Rekruttering af deltagere til fokusgruppeinterview

Fokusgruppeinterviewene bestod af deltagere, som alle havde deltaget i virtuelle SKARB MDT konferencer, herunder både borgere og sundhedsprofessionelle fra kommune, almen praksis og hospital. Borgerene blev inviteret via brev i E-boks og de sundhedsprofessionelle via mail i august 2021. Alle blev inviteret til en fastsat dato. Der blev sendt en påmindelse ud efter en måned, hvis deltagerne ikke var vendt tilbage. Borgerene blev ringet op og forklaret om interviewene.

Jf. tidsplanen for projektet skulle fokusgruppeinterviews finde sted i oktober 2021.

Inddelingen af fokusgrupperne for de sundhedsprofessionelle var baseret på deltagernes faggrupper og ansættelsessted. Det formodedes, at ved at inddele deltagerne i grupper af personer med samme baggrund, ville der komme dynamik i interviewet, da der var en bedre forståelse for hinanden. Med gruppeinddelingen blev risikoen for, at der kan opstå et magtforhold mindsket, f.eks. borgeren og lægen imellem, hvor borgeren kunne være tilbageholden med at fortæller om sine oplevelser, da han ikke ville støde lægen, som stod for hans behandling (3).

Gruppen med hospitalslæger (betegnes som speciallæger fremadrettet) bestod af de speciallæger, som havde deltaget i SKARB MDT konference.

Planlægning af interviews

Interviewene blev planlagt så tæt på afviklingen af MDT konferencerne som muligt, for at deltagerne bedre kunne huske situationen.

Deltagerne blev inddelt i nedestående grupper efter deres baggrund for deltagelse i SKARB MDT konferencerne.

1. gruppe: Praktiserende læger
2. gruppe: Speciallæger fra hospital
3. gruppe: Borgere
4. gruppe: Sygeplejersker fra Skive Kommune.

Fokusgruppeinterviewene blev planlagt til gennemførsel på en lokalisation, hvor det gav bedst mening for deltagerne.

F.eks. fandt interviewet med de praktiserende læge sted i Skive, da de alle havde praksis i Skive.

Antallet af deltagere til interviews blev begrænset til dem, der havde deltaget i MDT, og som havde mulighed for at deltage.

Udvikling af spørgeguide

Spørgguiden blev udarbejdet således at spørgsmålene blev opdelt i et forskningsspørgsmål og et interviewspørgsmål. Interviewspørgsmålet var mere mundret, ligefremt og lettere at forstå end forskningsspørgsmålet (4).

Der blev udarbejdet en spørgeguide til de sundhedsprofessionelle og en til borgerne. Der blev brugt flere fagtermer i spørgeguiden til de sundhedsprofessionelle. Opbygningen af spørgeguiden var baseret på formålet med fokusgruppeinterviewene. Der blev herudfra valgt fire temaer.

1. Oplevelser med konferencen – hvordan oplevede deltagerene det at deltage i en SKARB MDT konference.
2. Organisering – Hvordan synes deltagerne at selve konferencen var organiseret.
3. Mulige forbedringer – Var der noget der kunne have været gjort anderledes.
4. Sundhedsfaglig værdi – Føler de sundhedsprofessionelle, at konferencen har givet dem sundhedsfagligværdi.

Ved at vælge temaer, som tager udgangspunkt i formålet, sikredes det at alle aspekter i formålet blev bearbejdet.

Dataindsamling og analyse

Interviewene blev optaget på en diktafon, transskriberet og slettet herefter. I transskriberingen blev alle udtalelser medtaget, og lyde og udbrud som "øh" og "hmm" blev skrevet med for at bevare stemningerne, ligesom ufærdige sætninger og pauser også blev skrevet eller markeret med punktummer. Længere pauser, latter eller hvisken blev markeret med en parentes.

Deltagerne blev tildelt et bogstav under transskriberingen, for at bevare anonymiteten og stadig holde styr på hvem, der sagde hvad.

Under behandlingen af interviewene blev materialet farvekodet, kategoriseret og inddelt i temaer, for bedre overskuelighed og bedre at kunne sammenligne udsagn og tendenser i de forskellige interviews.

Det samlede antal deltagere blev:

2 borgere

4 speciallæger fra hospital

3 praktiserende læger

3 Sygeplejersker fra Skive Kommune.

Analysen af fokusgruppeinterviewene blev udført ved en emneorienteret tilgang, på grundlag af de forskellige temaerne og faggrupper der var i spørgeguiden, som var: oplevelser med SKARB MDT konference, organiseringen af konferencen, mulige forbedringer og sundhedsfaglig værdi.

For at skabe det bedste overblik blev analysen af interviewene af borgerne og de sundhedsprofessionelle udført hver for sig, opdelt i de forskellige faggrupper. Herefter blev fællestræk gennemgået i en opsummering, samt en sammenligning med andre studier og en anbefaling på baggrund af fokusgruppeinterviewene. Deltagernes svar fremgår med kursiv i teksten.

Alle borgerne gav mundtligt og skriftligt samtykke til deltagelse i interview i forbindelse med samtykke til deltagelse i SKARB MT konferencerne, hvilket bl.a. indebærer, at personhenførbare data måtte videregives fra deres journaler. Hospitalsledelsen på Hospitalsenhed Midt har godkendt, at interviewerens måtte gøre opslag i borgernes journaler.

Resultater

Interviewene blev gennemført i oktober 2021. To borgere deltog i fokusgruppeinterviewet, som foregik i Skive Sundhedshus. Interviewet med hjemmesygeplejerskerne foregik ligeledes i Skive Sundhedshus. Interviewet med de praktiserende læger fandt sted i en lægepraksis i Skive. Hospitalslægerne blev interviewet på Regionshospitalet Viborg.

Én enkelt borger blev ekskluderet, da denne desværre havde fået det betydeligt dårligere siden SKARB MDT konferencen, og derfor var for syg til at deltage.

Borgerenes oplevelser med MDT konferencen

Begge borgere var enige om, at det havde været en fin oplevelse at deltage i SKARB MDT konferencen. De var taknemmelig og lidt overvældede over at de fremmødte var der for dem og ville hjælpe dem. *"... det var helt overvældende, fordi jeg kunne jo stille alle de spørgsmål, jeg ville, og de prøvede på at hjælpe mig..."*

Specielt den ene borger fremhævede, at det havde stor betydning for hende, at hun fik talt med farmaceuten om medicin. *"... Og så er der også en ting mere, når man alle er samlet, så ved de hver især, hvad der bliver sagt, så er der ikke noget med at én udleverer noget medicin, som den anden ikke mener, at man skal have, det synes jeg er vigtigt. Alle ved hvad der er aftalt".*

Begge borgere syntes, at det var betryggende, at der var en sygeplejerske hjemme hos dem. Især havde den ene borger havde nogle udfordringer med teknikken, som hun havde brug for hjælp til. Ud over hjælp til teknikken, så var det også rart, at der var én at tale med om, hvad der skulle ske og bagefter om, hvad der var blevet sagt. *"... men jo, det var betryggende at have en ved siden, det er helt sikkert. Så man kunne snakke om de ting, man nu havde fået vendt med de forskellige, så det syntes jeg var dejligt"*

Den ene borger fortalte, at hun følte, at hendes praktiserende læge havde fået en anden forståelse af hende efter MDT konferencen. Hvilket især har været godt i denne situation, da borgeren ikke kendte sin praktiserende læge så godt.

Adspurgte om borgerne følte, at de fik indflydelse på planerne, der blev lagt for dem, svarede den ene borger, at det følte hun. Hvorefter hun forklarede, at der efter konferencen blev taget hånd om nogle problemer, som var blevet lidt forsømt under Covid-19.

Borgerens oplevelse af organiseringen

Overordnet var begge borgere godt tilfredse med organiseringen af MDT konferencen. Denne ene sagde direkte: *"Jeg synes ikke, at det kunne have været bedre, så kom den ene, så kom den anden [læger, der talte]"*.

Begge borgere syntes, at det var en god idé med videokonference *"... jeg synes, at det er en god idé med videokonference, og jeg tror også, at det vil være en fordel for de mennesker, som nu er syge og har mange ting at døde med, at de så kan samles..."*

Den ene borger gav udtryk for, at det var lettere for hende med en videokonference, da hun er træt af at skulle ud af huset

"altså, jeg er så tilfreds med, når det foregår hjemme i hjemmet, for jeg er træt af, når jeg skal afsted"

Borgerens forslag til mulige forbedringer

Ingen af borgerne kunne komme med nye forslag til hvordan en fremtidig SKARB MDT konference kunne se ud. Der var enighed om at den opbygning, de havde oplevet, var god, og at det gav rigtig god mening at fortsætte med de virtuelle konferencer. *"... det vil jeg også gerne med til en anden gang, og jeg tror også, at det er nok vejen frem i de tider, vi har i dag, at øhh, at man kan gøre det på den måde, sådan at man ikke*

nødvendigvis skal sidde i samme rum, men man føler jo sådan set alligevel, at man gør det, når man ser vedkommende og hører dem snakke og de kan snakke også sådan på tværs af hinanden også"

De gav også udtryk for, at de syntes, at det var lægen, der skulle bestemme hvad, der skulle konfereres. Den ene borger sagde: *"Det er lægen, der skal styre det. At lægen er med i det. Det synes jeg er meget, meget vigtigt"*.

Adspurgt om der var andre, de gerne ville have haft med til konferencen, nævnte de begge, at det måske havde været relevant, at de havde haft deres pårørende med, men de var ikke klar over, at dette var en mulighed.

I forhold til hvad, der skulle kunne udløse en MDT konference, svarede den ene borger, at det skulle være hvis der tilstøder nye sygdomme. *"Men altså jeg synes, hvis der sker nogle ting, ændringer med sit hjerte eller det bliver dårligere eller også der tilstøder nogle andre ting, for mange gange, hvis man først er startet, så kommer der nogle gange flere ting, også des ældre man bliver, så kommer der nogle flere ting ... det kunne være rart lige at få samlet op på det hele og finde ud af, hvad gør man så herfra..."*

Speciallægenes oplevelser med SKARB MDT konferencen

At det primært er borgeren, der har fået noget ud af MDT konferencen, var der enighed om blandt speciallægerne.

"... ja, men det er jeg sådan ser enig i, at værdien ligger for patienten primært... for patienten har det været super godt." Og *"Jeg er ikke i tvivl om, at patienten syntes, det var godt. Patientens ægtefælle syntes, at det var ekstremt godt"*

Flere af lægerne, gav udtryk for, at de syntes, at der blev brugt meget tid på den enkelte patient. Én af lægerne udtrykte *"... jeg følte lidt, at det var et meget meget stort set-up, men ikke helt så stort et udbytte, som det skulle være."*

En af speciallægerne fortalte, at hun følte, at hun behandlede denne patient bedre, end hun kunne med alle sine andre patienter, og det var ikke helt rimeligt. *"Også kan det heller ikke undlade mig, at min anden patient der, jamen, da jeg sad med alle de der ting, der var stillet op, jamen, så fik han da lige en tid i klinikken efter en måned. Det er der aldrig aldrig nogensinde andre mennesker, der har fået med mindre de var svært syge"*

En af de andre speciallæger udtrykte noget af det samme: *"Og så brugte jeg halvanden time på én patient, og det har jeg ALDRIG nogensinde prøvet før."*

En anden speciallæge lagde også mærke til en form for forskelsbehandling, hun udtalte: *"... hvor egen læge ender med at sige, jamen selvfølgelig, det da ikke noget problem, vi laver da ALLE recepter til dig, hvor jeg ligesom sidder og tænker, at det VED jeg bare rigtig mange af mine andre patienter har store udfordringer med at egen læge ikke vil lave recepter."*

En af speciallægerne gav udtryk for, at det var positivt at tale med en anden speciallæge om borgerens problematik. Det var godt at få en anden vinkel på problematikken og hvad borgerens udfordringer også kunne skyldes.

Speciallægenes oplevelser af organiseringen

Speciallægerne var enige om, at ved at afholde SKARB MDT konferencen, var det muligt at undgå en langsom proces med korrespondancer frem og tilbage mellem specialister, da man mødtes og fik talt om de forskellige problemer og der kunne derved hurtigere blive taget beslutninger.

At der var en koordinerende sygeplejerske, som styrede mødet, var der bred enighed om, fungerede godt. Lægerne var enige om, at det var nødvendigt med en ordstyrer *"... det fungerede faktisk. Hun sagde, nu har du ordet og nu har du ordet, der var ingen tvivl om, hvem der skulle snakke"*.

Lægerne lagde også vægt på, at ordstyreren var en person, som ikke var inden for et af specialerne, da der så kunne være et speciale, der var mere styrende end det andet. Det fungerede rigtig fint at ordstyren kom fra Skive Kommune. Ligeledes var de glade for, at de emner, som skulle konfereres, var udvalgt på forhånd.

Speciallægerne diskuterede hvilke problematikker, der skulle kunne udløse en SKARB MDT konference i fremtiden. Én af lægerne sagde: *"Det er svært at finde de rigtige, for de skal være tilpas syge"*. De var enige om, at problematikken ikke skulle være for speciale specifikt som f.eks. information omkring nyretransplantation. De mente heller ikke, at borgeren måtte være for syg og skrøbelig, fordi det ville være svært for borgeren, at indgå i en SKARB MDT konference. Lægerne var enige om, at mere generelle problematikker, som f.eks. træthed eller smerter, kunne være relevante at diskutere i et forum som SKARB MDT konference.

I forhold til om det var de mest relevante personer, der deltog i SKARB MDT konferencen, svarer lægerne, at det synes de, at det var. De diskuterede om der var personer, som de manglede eller som kunne undværes *"Det var fint, at man ikke skulle have farmaceuten med, det bliver bare endnu en person i den her mængde, men at have det [medicinen] på papir, det kunne være godt"*

Speciallægenes forslag til mulige forbedringer

Én af speciallægerne gav udtryk for, at hun syntes, at det kunne være en idé, at lægerne talte sammen og sparrede om borgeren, hvis problematikken drejede sig om en specifik behandling eller udredning. Og at hun bagefter fik lov at drøfte planerne sammen med borgeren alene i samme rum som denne *"... og snakke udredning af mulig ny sygdom, altså jeg havde det bare sådan at... Ja, jeg ville hellere have hende siddende foran mig."*

Speciallægenes oplevelser af sundhedsfaglige værdi

Én af lægerne gav udtryk for, at have fået sundhedsfaglig værdi ud af MDT konferencen i drøftelsen med de andre speciallæger omkring forskellige problematikker.

De andre læger brugte deres sundhedsfaglige viden i mødet med borgeren og de andre specialelæger, da problematikken var inden for deres eget felt.

De praktiserende lægers oplevelser med SKARB MDT konferencen

De praktiserende læger syntes, at SKARB MDT konferencen var rigtig godt for borgeren *"For patienten har det været super godt. De føler sig virkelig taget hånd om, og det er jo også det der var meningen"*

De praktiserende læger var enige om, at tiden, de brugte på MDT konferencen, var godt givet ud, da de kunne se, at det havde hjulpet i situationer, hvor de var "kørt fast" i en borgers problematik. Den ene læge sagde: *"... ja, men jeg vil sige, det er et stort tidsforbrug, men ved de rigtige patienter, så er det alt tiden værd. Så hvis det bliver, så man bedre kan selekttere, giver det god mening."*

De praktiserende læger diskuterede, om det kunne blive for specialiseret. De mente, at det godt kunne blive for specialiseret og for meget fagsnak over for borgeren, men at de var glade for at høre speciallægerne omkring de mere specifikke ting. *"Jeg synes ikke, det kan blive for specialiseret, for vi sidder jo stadig med alt det andet, der vedrører de her patienter, så selvom jeg ikke har tid, så vil jeg gerne høre om opfølgning. Jeg oplevede, at speciallægerne var gode til at tage deres opgaver på sig."*

Det fungerede fint med at mødes virtuelt, den ene praktiserende læge sagde: *"Det er virkelig godt, så kan det lade sig gøre, og man kan sidde på og kan gå fra det ene til det andet, ingen transport osv. Jeg tænker, at det er rigtig godt"*

De praktiserende lægers oplevelser af organiseringen

De syntes generelt, at den organisering, der var under SKARB MDT konferencerne, var fin.

De praktiserende læger var enige om, at det var rigtig godt, at der på forhånd var udvalgt de overordnede emner, som skulle drøftes. Den ene læge sagde: *"jo, men det synes jeg, for så ved man jo også lidt om, hvad forventer patienten at få ud af det her, hvad er det han vil have hjælp til, så kan man jo lige tænke det igennem og kigge i journalen lige specifikt på de ting" "... Det tænker jeg faktisk er nødvendigt, ellers ville det blive meget ustruktureret"*.

Det var ligeledes rigtig fint med en ordstyrer. En af lægerne sagde: *"og så er det virkelig godt, at der er en ordstyrer, så man kan tænde mikrofonen og slukke den, og gå på, og man hører også alle"*

De beskrev, at de oplevede at borgeren havde tillid til projektsygeplejersken, som var ude i hjemmet og at hun var god til at støtte borgeren.

De praktiserende læger mente, at de fik flere opgaver ud af MDT konferencen, og at det kan være et problem ifht. at få andre praktiserende læger til at deltage i konferencerne. *"... ja det er også okay, jeg kan godt følge op, men nogle gange skal man bare vide, at det er egen læge, der sidder "med aben til sidst"..."* *"Det har været meget let for speciallægerne, de har mest været rådgivende"*

"... men jeg ved bare, at mange af mine kollegaer, hvis det var noget, der skulle udbredes, så ville det blive et issue, at det giver ekstra arbejde..."

Da der blev spurgt ind til, om det kunne være opgaver, som alligevel ville lande hos de praktiserende læger, kom det frem, at det var det nok *"... altså vi ville jo være kommet over det på et eller andet tidspunkt, men, men, altså nu fordi de bliver gennemgået og det hele bliver vendt, så er det jo nu, vi får gjort alle de der ting..."*

Også de praktiserende læger blev spurgt til, hvad de mente, der skulle udløse en SKARB MDT konference. De situationer, de nævnte, var f.eks. dér hvor speciallægerne i hver deres speciale havde kørt hver deres løb, og hvor den praktiserende læge havde stået i midten og haft svært ved at navigere i det. Det har specielt været psykiatrien, hvor de har kunnet ønske et bedre samarbejde. Også ved borgere, som ikke følges i nogle af regionens klinikken, kunne det give god mening med faglig sparring.

De var alle enige om, at det gav mening, at den praktiserende læge sad med i SKARB MDT konferencen.

De praktiserende lægers forslag til mulige forbedringer

De praktiserende læger drøftede de mulige forbedringer. Én forslag, at det er godt, hvis det er én på hospitalet, der koordinerer, da de også har forskellige pakkeforløb. Så skulle man kunne ringe til den person

og få arrangeret en MDT konference. En anden mente, at det godt kunne være en fra Sundhedshuset, der koordinerede, og som kunne tage ud til borgeren.

De var enige om, at den, der ønskede at drøfte en problemstilling, var den, der skulle præsentere denne.

Desuden drøftede de, at det på sigt kunne blive svært at få de andre praktiserende læger med, selvom de syntes, at det ville give rigtig god mening.

En af lægerne kom med en idé om, at de kommunale tilbud blev afklaret før konferencen, for at det var mere effektivt for deltagerene i MDT konferencen. Mens en anden sagde, at der under konferencen blev taget stilling til, at der skulle en ergoterapeut ud til borgeren, og at det fungerede godt.

De praktiserende lægers oplevelser af sundhedsfaglige værdi

Ikke alle de praktiserende læger syntes, at de fik sundhedsfaglig værdi ud af SKARB MDT konferencerne. En sagde *"... men jeg har ikke fagligt fået noget med selv, altså de ting, som speciallægen har sagt, har jeg vidst på forhånd"*. Mens en anden sagde: *"... men jeg har altså fagligt også fået noget ud af speciallægerne..."*

I forhold til om de syntes, at de selv kunne bidrage med sundhedsfaglig viden, svarede den ene læge: *"Altså det synes jeg faktisk, fordi man har en historik på patienten..."*

Hjemmesygeplejerskernes oplevelser med SKARB MDT konferencen

Hjemmesygeplejerskerne var lidt mere skeptiske i forhold til MDT konferencerne, og hvorvidt patienterne blev involveret. En hjemmesygeplejerske fortalte, at hun syntes, at det var spændende, og at hun var sikker på at patienten fik meget ud af det, hvorimod en anden hjemmesygeplejerske fortalte, at hun ikke mente, at borgeren opfattede, hvad der foregik omkring ham, og at der blev talt hen over hovedet på ham. *"... den ene borger, det synes jeg ikke var en særlig god oplevelse, men mest på baggrund af, at den borger overhovedet ikke var med på, hvad der foregik, altså han kunne ikke.... reflektere over det, rent kognitivt, det er min vurdering..."*

Hjemmesygeplejerskerne talte også om, at der var meget fagsnak, og der var lidt tvivl om hvor meget, borgerne forstod af det *"... jeg er i tvivl om borgeren var helt med, hun nikkede men om hun forstod, fordi det blev meget fagsnak mellem lægerne..."*

En af hjemmesygeplejerskerne gav udtryk for, at hun syntes, at hendes deltagelse var spild af ressourcer, fordi det, hun kendte patienten for, blev han afsluttet for *"det er faktisk var lidt spild af ressourcer at sidde den time, ja, jeg syntes ikke, jeg kunne bidrage..."*

En anden sygeplejerske synes, at det var spændende og godt med alle de mennesker, der var omkring borgeren. Hun havde talt med borgeren i forvejen, og kendte hende godt.

En af sygeplejerskerne syntes, at det havde været en positiv oplevelse. Hun sagde: *"Men jeg tænkte, altså at man kan få afklaret mange ting, når sidder sammen"* Efterfølgende reflekterede hun over, at der var meget tid sparet ved, at de ikke skulle ind på hospitalet eller sidde i en lang telefonkø.

Hjemmesygeplejerskernes oplevelser af organiseringen

Hjemmesygeplejerskerne lagde vægt på, at det er en forudsætning, at sygeplejersken kender borgeren for at deltage i SKARB MDT konference. Sygeplejerskerne fortalte, at de skal møde op, hvis den, der kender borgeren, ikke kan være tilstede. På den måde risikerer de at sidde til SKARB MDT konference og ikke kende borgeren. Hvilket de ikke føler er tilfredsstillende for hverken dem eller borgeren.

Det, at der på forhånd var taget stilling til hvilke problemstillinger, der skulle diskuteres var godt, det var der enighed om. Sygeplejerskerne understregede også, at det var muligt at byde ind med andre problemstillinger, hvilket også var godt.

Der var enighed om at det var godt at der var en ordstyrer *"Det tror jeg da er en god idé, at der er en, der styrer det, så det bliver lidt struktur på det, så vi når rundt om punkterne, det er vigtigt, så vi ikke kommer til at sidde og snakke i munden på hinanden"*.

Hjemmesygeplejerskernes forslag til mulige forbedringer

Sygeplejerskerne ville gerne have at borgeren selv var lidt mere med i MDT konferencen. De undrede sig over, at det i nogle tilfælde var det ikke borgeren selv, der præsenterede sig. Det syntes de ville have været bedre. De var bekymrede for at projektsygeplejersken tog for meget over. *"... for upersonligt, hvis borgeren så i det mindste kunne få lov at sige, jeg hedder det her..."*

Sygeplejerskerne syntes, at det ville være en fordel hvis borgerne ikke nødvendigvis skal blive fulgt i to klinikken, for at kunne få en SKARB MDT konference. Borgeren kan godt være multisyg, men ikke følges i nogle klinikker, da det er ofte den praktiserende læge, der har behandlingsansvaret *"... så kriterierne kunne måske lempes lidt til, at de skal have mange sygdomme, men bare blive fulgt i én klinik"*.

Hjemmesygeplejerskernes oplevelser af sundhedsfaglige værdi

Sygeplejerskerne syntes ikke, at de fik så meget ud af MDT konferencerne. Nogle af dem kendte heller ikke borgeren. Den ene sygeplejerske sagde: *"... men altså, jeg gik ikke derfra med så meget brugbart, det gjorde jeg ikke"* De følte heller ikke, at de kunne bidrage med sundhedsfaglig viden.

Opsummering

Oplevelser

Generelt var oplevelsen hos deltagerne, at MDT konferencerne var rigtig gode for borgerne. De sundhedsprofessionelle oplevede, at borgerne følte sig hørt og inddraget i deres egne behandlingsplaner. Borgerne følte en tryghed i, at alle fik de samme informationer og alle kendte den samme plan for behandlingen.

Dog gav hjemmesygeplejerskerne udtryk for, at de i nogle tilfælde oplevede, at der blev talt hen over hovedet på borgeren. Der var meget fagsnak, og de var usikre på hvor meget borgeren forstod.

Både speciallægerne og de praktiserende læger syntes, at det var et stort set-up omkring borgeren, og med et relativt lille udbytte. Det var meget tidskrævende, og i enkelte tilfælde syntes de, at de brugte mange ressourcer på én borger, i forhold til den tid, de brugte på deres andre patienter. Der var nogle af speciallægerne, som følte at der var stor forskelsbehandling.

Men både praktiserende læger og speciallæger gav også udtryk for, at det var i orden at bruge ressourcerne på det, hvis det var de rigtige borgere, som havde brug for det. Det kunne f.eks. være borgere hvor f.eks. den praktiserende læge var "kørt fast" i, og hvor det var svært at overskue behandlingsforløbet.

Borgerne oplevede, at deres kontakt til praktiserende læge blev forbedret, samt at der blev i gangsat tværfaglige indsatser, som fysioterapi i hjemmet.

Organisering

Generelt var alle deltagerne positive over for organiseringen af selve SKARB MDT konferencen og at den var virtuel. Det gav en større frihed ved f.eks., at man ikke var afhængig af transport.

Der var enighed blandt deltagerne om, at det var vigtigt at ordstyren var der, og at det var godt, at der var lagt en plan for hvad, der skulle være fokus på. Det gav en god struktur på konferencen. Speciallægerne syntes, at det var godt, at ordstyren ikke var fra et bestemt speciale, da der så kunne være risiko for, at det speciale ville fylde mest.

Nogle af hjemmesygeplejerskerne følte ikke, at det gav mening, at de deltog i konferencen, da de ikke kendte borgeren. De praktiserende læger syntes derimod, at det gav mening, at de deltog, da de havde al anden behandling af borgeren. Generelt syntes deltagerne, at det var de rigtige, der deltog i konferencerne.

Én af de praktiserende læger udtrykte bekymring for, at MDT konferencerne skulle komme til at generere flere opgaver til de praktiserende læger. Denne problematik var hun bange for, at andre praktiserende læger også ville være bekymrede over, og at de på den baggrund ikke ville være interesseret i at deltage i SKARB MDT konferencer. Dog gav de andre praktiserende læger udtryk for, at der ikke blev generet ekstra opgaver, men at de opgaver, der kom, var opgaver, som den praktiserende læge alligevel ville få på et tidspunkt.

Speciallægerne oplevede, at der kunne tages hurtigere beslutninger omkring borgeren i forbindelse med MDT konferencen, når alle specialer omkring borgeren var samlet. Det lettede nogle arbejdsgange.

Forbedringer

I forhold til forbedringer talte deltagerne om hvilke problematikker, der var relevante at tage med i en MDT konference. Hvad, der skulle kunne udløse en SKARB MDT konference, blev diskuteret under alle interviews. Deltagerne var enige om, at der skulle være en vis tyngde i problematikken, så der var noget at konferere. Men der var lidt uenighed i grupperne i forhold til hvad, der skulle kunne udløse en konference. Speciallægerne ville gerne have mere generelle problematikker, som smerter og træthed, og de ville gerne have patienterne i deres klinik, hvis det blev mere specialebestemt. De praktiserende læger, syntes ikke at det kunne blive for specialiseret, da de gerne ville have mere viden omkring alle problematikkerne hos borgeren, da det er dem, der har behandlingsansvaret for mange af de andre problematikker hos borgeren. Borgerne syntes, at det gav mening at holde en SKARB MDT konference, når der tilkom noget nyt sygdomsmæssigt.

De lagde vægt på at problematikken ikke måtte være for specialeorienteret, da det i de tilfælde ville være bedre hvis borgeren mødte op i klinikken, og fulgte deres forløbsplaner.

Hjemmesygeplejerskerne reflekterede over hvordan det der fremadrettet kunne findes egnede borgere til SKARB MDT konference. De foreslog at borgeren ikke nødvendigvis blev fulgt i to klinikker, at der blev lempet på kravene til hvilke sygdomme de skulle have men at de stadig skulle være multisygge.

Sundhedsfagligværdi

De sundhedsfaglige deltagere gav udtryk for at de fik sundhedsfagligværdi ud af SKARB MDT konferencerne, nogle mere end andre. Især de praktiserende lægerne syntes, at de tog viden med sig.

Mange af deltagerene oplevede, at de selv bidrog med sundhedsfaglig værdi for borgeren.

Sammenligning med studier

I et canadisk studie (1), hvor MDT konferencemodellen blev afprøvet, viste en tilfredshedsundersøgelse at der var stor tilfredshed mellem deltagerne med MDT konferencen. Patienterne i studiet sagde bl.a. at deltagelsen effektivt havde forbedret deres adgang til tværfaglige ressourcer. Det samme oplevede deltagerne konferencerne efter SKARB MDT konferencerne, hvor de fik kontakt til f.eks. fysioterapeut.

Inddragelse af borgerne fra i planerne, fik dem til at føle, at de havde medbestemmelse. Hvilket stemmer overens med studiet fra Canada (1), hvor gav patienterne udtryk for, at de fik en fornyet følelse af empowerment efter konferencen.

Et andet canadisk studie (5), hvor der blev lavet interviews med ældre multisyge patienter, viser, at det, der har betydning for disse mennesker er, at de føler sig hørt, føle sig værdsat, føler sig trygge og at kunne stole på at lægen vil dem det bedste. Det samme gav borgerne i SKARB MDT konferencerne udtryk for, da de følte sig trygge, og de var sikre på at alle havde den samme forståelse af planerne fremadrettet.

Et dansk studie fra 2020 af Nissen et al (6). hvor der blev interviewet 10 praktiserende læger, blev samarbejdet imellem sygehus og praktiserende læger, beskrevet som meget vigtigt. Nogle af problemerne, som studiet har belyst, er at information bliver ikke delt mellem sygehus og praktiserende læge og at de multisyge patienter fyldte meget hos de praktiserende læger. De interviewede læger i studiet gav udtryk for at speciallægerne på hospitalet er for specialiserede og ikke ser hele patienten. De praktiserende læger i studiet satte pris på samarbejdet med speciallægerne. De beskrev samarbejdet som vigtigt for denne patientgruppe.

I fokusgruppeinterviewene i forbindelse med SKARB MDT konferencen, fremgik det også, at det nogle gange kunne være lidt uklart hvem, der gør hvad og hvor meget af arbejdet hver gruppe løfter. Dette kan være en god grund til at lave MDT konferencer, så alle ved hvad hinanden laver.

Ligeledes i det danske studie fortalte de praktiserende læger, at de henviste til speciallæger hvis de "sad fast" i en patient. De praktiserende læger, der deltog i SKARB MDT konferencen talte om at de gerne ville kunne henvise borgeren når de var "kørt fast" i hans problematik, og havde brug for rådgivning fra specialister.

I det canadiske studie (1) pointerede de sundhedsprofessionelle, at det øgede effektiviteten, hvis der var en agenda for konferencen. Det samme oplevede deltagerne i SKARB MDT, som syntes, at det var rigtig godt, at der på forhånd var taget stilling til emnerne, som skulle konfereres.

Perspektiver

Sammen med de indsamlede evalueringer fra borger og sundhedsprofessionelle efter MDT konferencerne skal interviewene være med til at give en dybere forståelse af deltageres oplevelser med SKARB MDT konferencer. Denne viden er vigtig for, at vi kan videreudvikle SKARB MDT konferencer til værktøj til etablering af et samlet behandlingsforløb for patienter med behandlere på flere hospitalsafdelinger og i flere sektorer.

Inddragelse af borgeren i eget behandlingsforløb er en af nøglerne til at borgerne følger en lagt behandlingsplan. Vi ønsker at sikre, at borgerne bliver inddraget i beslutningerne vedrørende eget forløb ved MDT konferencerne.

Samarbejde og koordinering af behandlingen af multisyge borgere skal være med til at optimere den sundhedsfaglig kvalitet i behandling af multisyge borgere. Vi ønsker fra de sundhedsprofessionelle særligt at få belyst, om og hvordan deres sundhedsfaglige viden kom i spil ved MDT konferencen. Desuden ønsker vi en uddybning af, hvordan det opleves at lytte til borgerens andre behandlere.

Den etablerede viden vil blive anvendt til optimere MDT konferencer og vurdere potentialet for MDT konferencer som et værktøj til styrket tværfaglig og tværsektorielt samarbejde.

Litteraturliste

1. "Connecting people with Multimorbidity to interprofessional teams using telemedicine, Pauline Pariser, Canada 2019
2. "Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk" af Steiner Kvale og Svend Brinkmann, 3. udg. 1. oplag 2014.
3. Læge-patient-forholdet - Refleksioner og visioner – Antologi – Det Etisk råd - Lighedens illusion – at gå til læge er ikke det samme som at gå til købmanden af Lotte Hvas.
4. "Kvalitative metoder – en grundbog" af Svend Brinkmann og Lene Tanggaard. 3. udg. 1. oplag. 2020.
5. Kerry Kuluski et al. What is Important to Older People with Multimorbidity and Their Caregivers? Identifying Attributes of Person Centered Care from the User Perspective
6. "Dynamics of a specialized and complex health care system: Exploring general practitioners' management of multimorbidity" af Nina Konstantin Nissen et al. Cronic illness 2020

SKARB – *samarbejde om borgerne*

Skive Sundhedshus – **K**ommune – **A**lmen praksis – **R**egion og **B**orger

SKARB MDT konferencer

Delrapport

version 5, 17. maj 2022

Af overlæge Lene Kongsgaard Nielsen (projektleder),
chefsygeplejerske Anne Dorthe Bjerrum (projektansvarlig) og
leder Marianne Balsby (projektansvarlig)

Styregruppe:

Chefsygeplejerske Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme, Hospitalsenhed Midt Anne Dorthe Bjerrum, leder af Skive Sundhedscenter Marianne Balsby, leder af plejeboligheden Pleje & Omsorg ved Skive Kommune Marianne Frost, afdelingssygeplejerske ved Klinik for Lungesygdomme/udviklingssygeplejerske Skive Kommune Asta Flodgaard, afdelingssygeplejerske ved Klinik for Hjertesygdomme Marianne Lønvig, lungemedicinsk overlæge ved medicinsk afdeling Regionshospitalet Viborg Asgerd Kristensen, overlæge og projektleder ved Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme Lene Kongsgaard Nielsen



Indholdsfortegnelse

Opsummering	3
Indledning	5
Multisygdom	5
Multidisciplinære team konferencer	5
Formål	6
Metode.....	6
SKARB MDT formøde.....	9
SKARB MDT konference	10
Efter SKARB MDT konference	11
Dataanalyse	12
Samarbejdsaftaler, godkendelser og etik	13
Resultater.....	14
Borger karakteristika og selv-rapporteret data	14
Planlægning af SKARB MDT.....	14
Sundhedsprofessionelle deltagere	14
Teknisk stabilitet	16
Tilfredshed blandt de sundhedsprofessionelle	18
Borgertilfredshed	18
Personaleressourcer og tidsforbrug	19
Evaluerings af medicingennemgang.....	20
Diskussion	20
Konklusion og perspektiver.....	22
Referencer.....	23
Bilag 1. PACIC spørgeskemaet.....	26
Bilag 2. Procedure for udvælgelse af SKARB MDT konference deltagere.....	28
Bilag 3. Forventninger til deltagerne ved SKARB MDT konferencen.....	31
Bilag 4. Borger karakteristika, planlægning og fagligt indhold.....	33
Bilag 5. Ressourceforbrug og evalueringer SKARB MDT konferencer.....	51

Opsummering

Multidisciplinære team (MDT) konferencer med multisyge borgers sundhedsprofessionelle peges på som en indsats, der vil optimere sammenhængende behandlingsforløb for multisyge borgere med behandlingsforløb i flere sektorer. Information omkring den bedste organisering af et styrket tværsektorielt er manglende, blandt andet fordi de afprøvede indsatser oftest kun er forankret i en sektor. Internationalt og nationalt har der tidligere været gennemført projekter med virtuelle MDT konferencer, hvor man har fundet god effekt på patientoplevelset kvalitet, men blandede succes grundet tekniske udfordringer og manglende faglig indhold.

Formålet med delprojektet var at sikre gennemførlighed af virtuelle SKARB MDT konferencer, sikre høj grad af borgertilfredshed og tilfredshed blandt de deltagende sundhedsprofessionelle samt at vurdere ressourceforbruget.

Delprojektet blev gennemført som et afprøvningsprojektet for multisyge borgere bosiddende i Skive Kommune med behandlingsforløb i to regionsklinikker for kroniske sygdomme tilknyttet én af de deltagende praktiserende læger. Efter afvikling af 10 SKARB MDT konferencer var planen at undersøge effekten af SKARB MDT konferencer på hospitalskontakterm i et effektmålingsprojekt. Midlertidig var der ikke tilslutning blandt de praktiserende læger i Skive Kommune til gennemførelse af effektmålingsprojektet, hvorfor afprøvningsprojektet blev udvidet.

Planlægning af virtuelle SKARB MDT konferencer, indkaldelse af borgeren og dennes sundhedsprofessionelle aktører blev varetaget af en projektsygeplejerske. Det var et krav for afvikling af konferencen, at borgeren, den praktiserende læge, den medicinske/hjertemedicinske speciallæge som kender borgeren bedst, en kommunal faglig koordinator og projektsygeplejersken kunne deltage. Projektsygeplejersken besøgte borgeren inden SKARB MDT konferencen og fastlagde borgerens lægefaglige og sundhedsfaglige problemstillinger og ønske til et samlede behandlingsforløb. Konklusionerne herpå blev udsendt til alle SKARB MDT deltager sammen med en dagsorden for konferencen inden konferencen.

Før selve SKARB MDT konferencen blev der afholdt et formøde med deltagelse af en farmaceut på video med henblik på at gennemgå borgerens medicinliste. Anbefalingerne blev telefonisk overleveret til den medicinske/hjertemedicinske speciallæge inden selve SKARB MDT konferencen. Der var afsat 1 time til konference, hvor borgerens sygdomshistorik og status blev gennemgået, der blev foretaget en lægefaglig medicingennemgang og borgerens behandlingsplan blev drøftet med vægt på borgerens lægefaglige og sundhedsfaglige problemstillinger og ønske til et samlede behandlingsforløb.

Efter SKARB MDT konferencen udfyldt alle deltagerer et evalueringsskema.

Projektsygeplejersken dokumenteret konklusionerne fra konferencen og rundsendte til alle.

Der blev afviklet i alt 22 SKARB MDT konferencer. Den hyppigste kroniske diagnoser var kronisk komplekse smerter efterfulgt af hypertension. Ni borger havde syv eller flere kroniske diagnoser. Alle SKARB MDT konferencer blev afviklet til det planlagte tidspunkt. Kun ved tre konferencer måtte man afvige fra målsætningen om tilstedeværelse af den medicinske/hjertemedicinske speciallæge som kender borgeren bedst. I alt deltog 128 sundhedsprofessionelle fra alle tre sektorer ved de 22 MDT konferencer. Teknisk var der beskedne udfordringer, som primært bestod i ustabil lyd- og billedkvalitet. Den hyppigste problemstilling, der blev drøftet ved SKARB MDT konferencerne omhandlende kost og motion.

De efterfølgende evalueringer fra borgerne var samlet set positive. Stort set alle borgere angav sig tilfredse med de anbefalinger, der blev aftalt ved videokonferencen og ville følge dem. Det, der gav mest værdi for borgerne var, at alle sundhedsfaglige behandlere var samlet i samme "rum" og hørte hinandens overvejelser, refleksioner og forklaringer vedr. borgerens problemstillinger og situation. Lidt under halvdelen af de deltagende sundhedsprofessionelle angav i evalueringsskemaet, at de ikke fandt, at den afholdte konference havde sundhedsfaglig værdi. Borgernes og klinikkernes oplevelse af MDT konferencerne er uddybet delrapporten "Fokusgruppe interview – En dybere forståelse af virtuelle SKARB MDT konferencer med tværsektoriel deltagelse".

Personale ressourceforbruget vurderes til at være højt. På hospitalet var det logistik vanskeligt at frigive den medicinske/hjertemedicinske speciallæge, der kendte borgeren bedst fra andre planlagte aktiviteter. På baggrund af det indsamlede datamateriale er det ikke muligt at udtale sig om effekten af SKARB MDT konferencerne.

Samlet set ser vi et potentiale i MDT konferencer med multisyge borgere som et redskab til øget borgertilfredshed ved tværsektorielle behandlingsforløb. Før vi kan anbefale MDT konferencerne er der behov for justering af konferencernes organisatoriske set-up og en undersøgelse til afgørelse af, om konferencerne har effekt på behandlingsmæssig kvalitet og/eller det efterfølgende forbrug af sundhedsydelser.

Indledning

Multisygdom

Bedre levevilkår og bedre behandlingsmuligheder har betydet, at borgerne i den vestlige del af verden kan forvente at leve længere – og længe med kroniske sygdomme [1]. Fremover vil flere borgere i Danmark have to eller flere kroniske sygdomme og dermed være multisyge [2]. En opgørelse fra England med borgere fra almen praksis har dokumenteret, at 23 % af befolkning er multisyge [3]. Borgere med multisygdomme er en særlig gruppe, som er kendetegnet ved komplekse problemstillinger knyttet til somatiske og særlige psykiatriske sygdomme, sociale problemer og udfordret arbejdsmarkedstilknytning [2, 4]. Desuden er multisygdom forbundet med længere hospitalsindlæggelser, øget risiko for postoperative komplikationer, hyppige konsultationer i almen praksis og generelt øget forbrug af sundhedsydelser [5-8].

I det danske sundhedsvæsen spiller den praktiserende læge en tovholderrolle for borgere med kroniske sygdomme. Parallelt med behandlingsforløb i almen praksis kan patienter have behandlingsforløb på hospitalet med tilknytning af en patientansvarlig læge (PAL) [9]. Tilsammen deler den praktiserende læge og PAL ansvaret for borgerens samlede sygdoms- og behandlingsforløb i primær og sekundær sektor. En udvidelse af almen praksis' tovholderfunktion indgår i "*Vision for almen praksis i 2030*" udarbejdet af Danske Regioner og de Praktiserende Lægers Organisation [10]. I takt med forventet bedre dækning af praktiserende læger i de kommende år er visionen, at almen praksis i tiltagende grad skal være omdrejningspunkt for patienterne, hvor sygehusvæsenet i højere grad skal understøtte almen praksis med rådgivning, diagnostiske undersøgelser og andre servicefunktioner [10].

Samarbejdet mellem praktiserende læger og hospitalslæger omkring multisyge borgere har vist sig at rumme visse udfordringer [11-13]. Nogle praktiserende læger oplever forskelligheder i tilgangen til patienterne, hvor hospitalslæger oftest har en sygdomsspecifik tilgang til patienterne frem for en helhedsorienteret/holistisk tilgang, som de praktiserende læger udøver. Kommunikation og koordinering af arbejdsopgaverne kan opleves insufficiante med manglende klarhed over parternes rolle- og ansvarsfordeling [11, 12]. Det kan resultere i urealistiske forventninger til hinanden, patienten bliver udsat for dobbelt undersøgelser eller som alternativt må de praktiserende læger anvende sit personlige netværk på hospitalet til at rådføre sig ift. den konkrete borgerens behandlingsplan [11, 12].

Multimorbide borgere ønsker sig et mere patientcentreret og individuelt tilpasset behandlersystem, som i højere grad understøtter den enkeltes behov, udfordringer og prioriteringer [14-16]. Vigtige elementer i behandlingen er for dem er, at de bliver hørt, værdisat med følelsen af uafhængig og tryghed. Desuden har det betydning, at de sundhedsprofessionelle har et godt samarbejde, og at multisyge borgere oplever let adgang til helbreds- og sociale ydelser [14-16].

Multidisciplinære team konferencer

Etablering af multidisciplinære teams (MDT) til optimering af sammenhængende behandlingsforløb for den multisyge borger indgår i internationale anbefalinger [17, 18]. MDT konferencen har til formål at styrke samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle, udbedre den manglende koordinering mellem sektorer i behandling og pleje og dermed skabe sammenhængende behandlingsforløb [18]. Information omkring den bedste organisering af et

styrket tværsektorielt samarbejde omkring multisyge borgere er manglende, blandt andet fordi de afprøvede indsatser oftest kun er forankret i en sektor [19, 20]. Afvikling af tværsektorielle konferencer omkring den komplekse borger har været afprøvet i Danmark med blandede succes [21-23]. Bornholms Hospital og i Vestklyngen har der været gennemført projekter med tværsektorielle videokonsultationer i forbindelse med udskrivelse [21, 22].

I Canada har man udviklet en tværsektoriel model, som bygger på styrket interprofessionel samarbejde omkring komplekse kronisk syge patienter (IMPACT klinikken) [24]. Modellen bygger på, at borgerens sundhedsprofessionelle mødes omkring borgeren til 1-times virtuel MDT konference (TIP IMPACT) [25]. Sygeplejersken er nøglespiller i modellen, som møder borgeren forud for den virtuelle konference og prioriterer borgerens problemstillinger sammen med borgeren. Ved den efterfølgende virtuelle konference deltager den almen praktiserende læge fra sin klinik, patienten deltager hjemmefra og de øvrige sundhedsprofessionelle inkl. en intern mediciner deltager fra en tredje lokalisation. Målet er at nå frem til at række anbefalinger til borgerens videre behandlingsplan til sikring af et sammenhængende behandlingsforløb [25]. Efter konferencen er det sygeplejerskens opgave sammen med borgeren og den praktiserende læge at følge op på anbefalingerne. Evalueringerne fra modelafprøvningen har vist, at patienterne fandt den virtuelle MDT konference givtigt ift. deres samlede behandlingsforløb [25]. De deltagende sundhedsprofessionelle fandt modellen effektiv til at udarbejde af en samlet behandlingsplan for den komplekse patient [25].

Formål

Primære formål

At sikre gennemførlighed af virtuelle SKARB MDT konferencer (deltagerprocent og teknisk stabilitet).

Sekundært formål

At sikre høj grad af borgertilfredshed og tilfredshed blandt de deltagende sundhedsprofessionelle af SKARB MDT konferencernes afvikling og faglige indhold.

Eksplorativt formål

At vurdere behovet for ressourcer i de tre sektorer til SKARB MDT konferencer (kompetencer og tidsforbrug).

Metode

Projektet var et afprøvningsprojekt med gennemførsel af virtuelle SKARB MDT konferencer for multisyge borgere og dennes tværsektorielle behandlere.

Målgruppe

For borgere med følgende kriterier kunne der blive iværksat en SKARB MDT konference; Borgeren skulle tale og forstå dansk, bo i Skive Kommune, være ≥ 18 år, ikke have diagnosen demens eller være i hæmodialyse og en restlevetid på mere end tre måneder. Desuden skulle borgeren have $\geq$ to af de nedenstående kroniske medicinske eller ikke-medicinske diagnoser, som fulgtes i én af Region Midtjyllands klinikker/ambulatorier og hvoraf minimum én diagnose fulgtes i en medicinsk eller hjertemedicinsk klinik på Regionshospitalet Viborg Skive.

17 Medicinske diagnoser			
Hypertension	Thyroideasygdom	Astma	Kronisk iskæmisk hjertesygdom
Gastroøsofagal refluxsygdom	Diabetes	Kronisk obstruktiv lungesygdom	Irritabel tyktarmssyndrom
Funktionel eller opioid-induceret obstipation	Kronisk nyresygdom	Atrieflimmer	Hjertesvigt
Psoriasis eller eksem	Inflammatorisk tarmsygdom	Bronkiektasi	Viral hepatitis
Kronisk levercirrose			

13 Ikke-medicinske diagnoser			
Rheumatoid arthritis, andre inflammatoriske polyartriter eller systemisk bindevævssygdomme	Angst og belastning-/tilpasningsreaktion inklusiv stress	Parkinson sygdom	Apopleksi eller transitorisk cerebral iskæmisk (TCI)
Perifer vaskulær sygdom	Prostata sygdomme	Epilepsi	Skizofreni eller bipolær sindslidelse
Migræne	Anorexi eller bulimi	Kræft	Multiple sclerose
Depression			

Borger rekruttering

De inkluderede borgere blev rekrutteret fra tre medvirkende almen praksis'er i Skive Kommune. De første 10 borgere var tilknyttet praktiserende læge 1 og de resterende borgere var tilknyttet enten praktiserende læge 2 eller praktiserende læge 3. Alle praktiserende læger var lokaliseret i Skive Kommune.

Praktiserende læge 1 identificerede og indhentede mundtlig og skriftligt samtykke fra egnede borgeren til deltagelse i projektet. Rekruttering af borgere fra de to andre almen praksis'er blev gjort ved hjælp af et datatræk fra BI-portalen ud fra borgernes registrerede diagnoser og tilknyttede almen praktiserende læge. Datatrækket over mulig egnede borgere blev gennemgået af projektsygeplejersken ved opslag i patientens hospitalsjournal. Hvis borgeren opfyldte alle inklusionskriterierne blev borgeren kontaktet af projektsygeplejerske, som fremlagde projektet mundtligt. Hvis borgeren ønskede at deltage, indhentede projektsygeplejersken skriftligt samtykke fra borgeren.

Borger inklusion

SKARB projektsygeplejerske inkluderede borgeren ved besøg i borgerens hjem. I forbindelse med inklusionssamtalen indsamles følgende data: Borgernes kroniske sygdomme, højde, vægt, højest gennemført uddannelsesniveau og nuværende beskæftigelse, aktuelt forbrug af kommunale ydelser og forbrug af alkohol, tobak og andet misbrug.

Borgeren udfyldte tre spørgeskemaer

- Skrøbelighed - Tilburg Frailty Indicator (15 spørgsmål).
- Robusthed - CD-RISC-10 (10 spørgsmål).
- Patientperspektivet på behandling af kronisk sygdom – Den danske version af The patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) (20 spørgsmål) [26-28]

Se bilag 1.

Desuden blev der indhentet/målt en række sygdomsspecifikke parametre afhængig af borgerens kroniske diagnoser, herunder blodtryk, hæmoglobin A1c og sygdomsspecifikke patient-rapporterede outcomes spørgeskema, fx HeartQoL og selvrapporteret åndenød ved KOL.

Med afsæt i International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF-rammen) gennemgik borgeren og projektsygeplejersken borgerens problematikker, som blev opdelt i lægefaglige og sundhedsfaglige problemstillinger samt borgerens ønske til et samlet behandlingsforløb. De vigtigste problemstillinger blev udvalgt ved drøftelse mellem borgeren og projektsygeplejersken med henblik på drøftelse ved SKARB MDT konferencen.

Planlægning af SKARB MDT konferencen

Den virtuelle SKARB MDT konference blev planlagt til afholdelse hurtigst muligt efter inklusion. Det er SKARB projektsygeplejerskens opgave at arrangere SKARB MDT konferencen ved at koordinere tidspunktet mellem deltagerene, indkalde borgeren og borgerens sundhedsprofessionelle aktører. SKARB projektsygeplejerske varetog bookingopgaver inkl. etablering af videomøderummet for de første 10 SKARB MDT konferencer, som herefter overgik til en sekretær fra Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg.

Der var forud reserveret tid i de medicinske klinikker og ved de praktiserende læger tirsdage og torsdage fra kl. 14-15. Aftalen mellem de involverede parter var, at hvis der ikke var aftalt en SKARB MDT konference i det reserverede tidsrum senest én uge før, måtte klinikkerne og de praktiserende læger anvende tidsintervallet til andre opgaver. Efter ønske fra ledelsen på Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme blev planlægningsperioden ændret fra én uge til tre uger efter gennemførelse af de første 10 SKARB MDT konferencer.

De sundhedspersoner, der skulle deltage i SKARB MDT konferencen var følgende såkaldte 1. prioriterings deltagere;

- Borgeren
- SKARB projektsygeplejerske
- Borgerens praktiserende læge
- Den medicinske/hjertemedicinske speciallæge
- Faglig koordinator fra Skive Kommune

Se bilag 2 for procedure for udvælgelse af SKARB MDT 1. prioriterings deltagere, alternative deltagere ved forfald af 1. prioriterings deltagere samt 2. prioriterings deltagere.

Blev en 1. prioriteringsdeltager (fraset borgeren selv) forhindret i at deltage i SKARB MDT konferencen efter den var planlagt, gennemføres konferencen alligevel. I givet fald inviteres første eller andet alternative deltager som erstatning for den forhindrede 1. prioriteringsdeltager. Hvis ingen af de alternative deltagere kunne deltage blev konferencen afholdt alligevel.

Afhængig af borgerens problematikker blev speciallæge eller den tilknyttede specialesygeplejerske fra det andet hospitalsforløb inviteret med til SKARB MDT konferencen. Hvis borgeren havde forløb i to medicinske/hjertemedicinske klinikker blev der af praktiske hensyn kun én af speciallægerne inviteret. Hvis borgeren havde et hospitalsforløb uden for Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme blev speciallægen/specialesygeplejersken inviteret af

projektlederen. Invitationer til eksterne hospitalsansatte blev sendt pr. e-mail med vedlagt kort synopsis af projektet. Kunne den eksterne hospitalsansat ikke deltage blev der ikke inviteret en alternativ deltager.

Sammensætning af deltagerne og proceduren omkring SKARB MDT konferencen er udarbejdet på baggrund af inspiration fra anbefalinger til sikring af god forløbskoordination for den ældre medicinske patient præsenteret i "Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen" [29].

Som en del af projektet indsamlede projektsygeplejerske informationer omkring planlægning af SKARB MDT konferencen til brug i forbindelse med opgørelse over SKARB MDT konferencernes tidsforbrug/gennemførlighed.

Indkaldelse til SKARB MDT konferencen

Borgeren fik tilsendt et indkaldelsesbrev til SKARB MDT konference pr. e-Boks eller brev. De sundhedsprofessionelle deltagere blev indkaldt til SKARB MDT konferencen via e-mail. Hospitalsansatte modtog desuden en besked i MidtEPJ og en Outlook kalender mødeindkaldelse. Vedhæftet e-mailen til de sundhedsprofessionelle deltagere var en beskrivelsen over forventninger til dem samt konferencens dagsorden. Det fremgik af forventningsbeskrivelsen, at de skulle afsætte ca. 1 time til forberedelse forud for SKARB MDT konferencen. Konferencens dagsorden tog udgangspunkt i en standard dagsorden, som blev tilpasset med den enkelte borgers lægefaglige og sundhedsfaglige problemstillinger samt borgerens ønske til et samlet behandlingsforløb (bilag 3). Dagsorden for SKARB MDT konferencen blev sendt til borgeren i forbindelse med indkaldelsesbrevet.

Projektleder fik ligeledes besked omkring SKARB MDT konferencens tidspunkt og deltagere af SKARB projektsygeplejerske per e-mail og i MidtEPJ med henblik på at e-maile evalueringsskemaer til SKARB MDT konferencens deltagere efter konferencen.

Deltagernes forberedelse til SKARB MDT konferencen

Den praktiserende læge, medicinske/hjertemedicinske speciallæge og de øvrige sundhedsprofessionelle deltagere havde til opgave at orientere sig omkring borgerens aktuelle sygdomsmæssige situation og i den forbindelse forholde sig til borgerens primære lægefaglige og sundhedsfaglige problemstilling samt ønske til samlende behandlingsforløb.

Den kommunale faglige koordinator havde som en del af forberedelsen til opgave at undersøge relevante kommunale henvisningsmuligheder målrettet borgerens problemstillinger, som vil kunne tilbydes borgeren ved SKARB MDT konferencen.

SKARB MDT formøde

En time før SKARB MDT konferencen dvs. kl. 13 mødtes borgeren og SKARB projektsygeplejerske fysisk til et formøde. Formålet med formødet var at gennemføre medicingennemgang ved farmaceut, som deltog i formødet virtuelt. Hvis borgeren ønskede at SKARB MDT konferencen skulle foretages hjemmefra var det en mulighed, alternativt stod et mødelokale i Skive Sundhedshus til rådighed. Den kommunale faglige koordinator deltog de sidste 5 minutter i formøde enten fysisk eller virtuelt.

Medicingennemgang

I den første del af formødet deltog en hospitalsfarmaceut virtuelt. Farmaceuten var minimum én uge før SKARB MDT konferencen blevet orienteret omkring, hvilken borger, der skulle indgå i SKARB MDT konferencen og havde gennemgået borgerens medicin på Fælles Medicin Kort som en del af forberedelsen.

Borgeren var i indkaldelsesbrevet blevet bedt om at medbringe alt medicin, som blev gennemgået ved en dybdegående medicinanamnese og farmaceutisk medicingennemgang [30]. Fem minutter før start på selve SKARB MDT konferencen tog farmaceuten telefonisk kontakt til den medicinske/hjerteremedicinske speciallæge med henblik på overlevering af de vigtigste farmaceutiske anbefalinger til drøftelse under selve SKARB MDT konferencen. Farmaceutens anbefalinger til medicinændringer blev efterfølgende dokumenteret i borgernes hospitalsjournal og videreformidlet til den praktiserende læge via et korrespondancebrev.

SKARB MDT konference

Deltagerne til SKARB MDT konferencen var bedt om at møde i det virtuelle møderum til det aftale tidspunkt. Det var op til deltagerne, hvor de fysisk befandt sig under den virtuelle deltagelse. På Regionshospitalet Viborg var der forbooket to lokaler med virtuelt udstyr, som den medicinske/hjerteremedicinske speciallæge kunne vælge at anvende. Der var afsat 1 time til konferencen.

SKARB Multidisciplinær team konference

En virtuel konference udgående fra
Skive Sundhedshus, gæsteplads eller hjemmet



Figur 1. SKARB Multidisciplinær konference med deltagelse fra de involverede sundhedsfaglige aktører fra kommune, almen praksis og hospital via videokonference.

Den kommunale faglige koordinator var ordstyrer under SKARB MDT konferencen og SKARB projektsygeplejerske tog referat.

Ved SKARB MDT konferencen gennemførtes ved at gennemgå følgende punkter:

Kort præsentation af borgeren ved SKARB projektsygeplejerske

Med afsæt i International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF-rammen) indledte SKARB projektsygeplejerske med at fortælle om borgeren. Desuden præsenterede projektsygeplejersken borgerens lægefaglige og sundhedsfaglige problemstillinger samt ønske til samlende behandlingsforløb som aftalt under forberedelsen. Borgeren havde mulighed for at uddybe og supplere undervejs.

Sygdomshistorik og status

Hver SKARB MDT deltager gav et kort overblik over borgerens sygdomshistorik og status forløb i egen sektor med særligt vægt på borgerens lægefaglige og sundhedsfaglige problemstillinger samt ønske til samlende behandlingsforløb.

Lægefaglig medicingennemgang

Lægegruppen fulgte op på farmaceutens anbefalinger ved en lægefaglig medicingennemgang, som blev afsluttet med, at det Fælles Medicin Kort blev afstemt at den medicinske/hjertemedicinske speciallæge.

Samlet anbefalinger til koordineret behandlingsplan

Med afsæt i borgerens samlede udfordringer og prioriteringer drøftes og udarbejdes i fælleskab anbefalinger til den fremadrettet koordineret behandlingsplan for borgeren. SKARB MDT deltagerne aftalt den indbyrdes ansvars- og opgavefordeling. Borgeren havde undervej mulighed for at bidrage med personlige præferencer og input til behandlingsplanen.

Opsummering ved SKARB projektsygeplejersken

SKARB MDT konferencen rundes af med en opsummering af den aftale behandlingsplan og evt. praktiske tiltag.

Efter SKARB MDT konference

Efter SKARB MDT konferencen udfyldt borgeren et evalueringsskema i samarbejde med SKARB projektsygeplejersken. De deltagende sundhedsprofessionelle modtog et evalueringsskema via e-mail. SKARB projektsygeplejersken udfyldt det samme evalueringsskema som de øvrige sundhedsprofessionelle. Hvis de sundhedsprofessionelle ikke havde besvaret evalueringsskemaet efter 3 dage modtog de en reminder. Hvis de ikke havde besvarede evalueringsskemaet indenfor 1 uge, skrev projektlederen en personlig e-mail til vedkommende, hvilket fortsatte indtil evalueringsskemaet var besvaret. Hospitalsfarmaceuterne fik ikke tilsendt et evalueringsskema.

Evalueringsskemaet indeholdte både åbne og lukkede spørgsmål. En del af spørgsmålene i spørgeskemaerne er frit oversat fra det engelske spørgeskema anvendt i studiet af Pariser et al. [25], hvor deltagerne blev spurgt om deres oplevelse af den virtuelle konference, deres vurdering af det sundhedsfaglige indhold, evt. tekniske udfordringer og tidsforbruget.

SKARB projektsygeplejerske dokumenterede den aftale behandlingsplan efterfølgende og formidlede denne til SKARB MDT konferencens deltagere via korrespondancebrev og notat i hospitalsjournalen samt til borgeren via e-Boks/brev/e-mail.

Dataanalyse

Dataanalyse med henblik på effektafprøvningsprojekt

Der blev foretaget en dataanalyse efter de første 10 SKARB MDT konferencer. Målet med denne dataanalyse var, at evaluere SKARB MDT konferencens gennemførlighed med henblik på at gå videre i et tværsektorielt randomiseret (1:1) case-kontrol studie for at undersøge effekten af SKARB MDT konferencer.

Det planlagte primære formål med effektafprøvningsprojektet var i tråd med det samlede SKARB projekts formål, hvor vi ønskede at undersøge, om SKARB MDT konferencen kunne reducere hospitalskontakter for multisyge borgere i tidsrummet op til 6 mdr. efter afholdelse af konferencen. På baggrund af data for målgruppens hospitalskontakter fra projekt SKARB fase 1, blev der lavet en powerberegning over den fornødne gruppestørrelse, der var behov for at besvare det primære endepunkt. Powerberegningen viste, at der skulle inkluderes 188 borgere i effektafprøvningsprojektet, således 94 borgere i hver af de to grupper. Det estimeres, at hver praktiserende læge har 10 borgere, der opfylder projektets inklusionskriterier. For at kunne gennemføre afprøvningsprojektet var der behov for 20 deltagende praktiserende læger i Skive Kommune.

Alle praktiserende læger fra Skive Kommune blev inviteret til at deltage i projektet via e-mail og projektet blev fremlagt ved møde i Skive Lægelaug i januar 2021. Kun tre praktiserende læger indgik en skriftlig samarbejdsaftale omkring deltagelse i projektet. Effektafprøvningsprojektet var derfor ikke gennemførligt og SKARB styregruppe valgte at tilbyde de tre praktiserende læger at deltage i udvidet afprøvningsprojekt, hvilket de accepterede.

Evalueringen af de første 10 SKARB MDT konferencer gjorde, at der blev lavet følgende to justeringer:

1. Efter ønske fra ledelsen på Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme blev planlægningsperioden ændret fra én uge til tre uger.
2. Bookingopgaver overgik til en sekretær fra Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Viborg

Endelige dataanalyse af afprøvningsprojekt

Borger karakteristika for de deltagende borgere er fremstillet deskriptiv. Det samme gælder de indsamlede data for planlægning af SKARB MDT konferencerne, det faglige indhold og konklusionerne samt evalueringer.

Evaluerings af medicingennemgangen er foretaget ved en sammenligning af præparattype, dosis og administrationstidspunkt angivet på Fælles Medicin Kort (FMK) medicinlisten før medicingennemgang med FMK medicinliste afstemt efter lægefaglig medicingennemgang. Både fast og medicin, som indtages ved behov, samt vitaminpræparater ordineret på FMK, indgår i evalueringen.

Succeskriterierne for gennemførlighed, borgertilfredshed og tilfredshed blandt de sundhedsprofessionelle med SKARB MDT konferencerne var fastlagt til:

Gennemførlighed:

1. Høj deltagelse af de inviterede sundhedsprofessionelle, dvs. deltagelse af 95% af 1. prioriteringsdeltagerne ved de afholdte konferencer.
2. Teknisk stabil drift ved god billede- og lyd kvalitet vurderet af deltagerne.

Borgertilfredshed og tilfredshed blandt de sundhedsprofessionelle

1. 100% af de sundhedsfaglige deltagere svarede "ja" til, at videokonferencen havde sundhedsfaglig værdi.
2. 97% eller flere borgerne svarede "enig" eller "stærkt enig" til, følgende spørgsmål i evalueringsskemaet:
 - A. Videokonferencen har forbedret min adgang til mine behandlere
 - B. Jeg har en forventning om, at mine sygdomme vil blive bedre behandlet som et resultat af videokonferencen.

Succeskriterierne for bruger og borgertilfredshed er inspireret af resultatet for evaluering af TIP IMPACT konferencerne i det canadiske studie af Pariser et al. [25].

Samarbejdsaftaler, godkendelser og etik

Der blev indgået skriftlige samarbejdsaftaler med de involverede praktiserende læger, Skive kommune, sekretærene og hospitalsfarmaceuterne.

Afprøvningsprojektet er registreret ved Region Midtjyllands interne fortegnelse over forskningsprojekter (Sagsnummer ved Region Midtjylland: 1-16-02-225-19) som et del af det samlede SKARB projekt. Formanden for Videnskabsetisk komite har vurderet, at projektet ikke er anmeldelsespligtig ved Videnskabsetisk komite.

Alle inkluderede borger afgav mundtligt og skriftligt samtykke til deltagelse forud for inklusion, herunder også tilladelse til, at der må videregives personfølsomme oplysninger fra deres journal i kommunen, almen praksis og på hospitalet. Hospitalsledelsen har godkendt, at de involverede hospitalsansatte måtte gøre opslag i MidtEPJ, RIS og FMK på de inkluderede borgere samt borgerne på BI-listen etableret med henblik på rekruttering af egnede borgere.

Til indsamling og opbevaring af personfølsomme data blev REDCap databasen under Klinisk Institut Århus Universitet anvendt. REDCap software er en internetbaseret "electronic data capture platform" (47), hvor data inddateres via en krypteret forbindelse og opfylder gældende krav til datasikkerhed med fuld logning på alle inddateringer og ændringer (transaktionsniveau).

SKARB MDT konferencerne blev afholdt via videokonferencesystemet Pexip, som er en sikker platform med krypteret forbindelse. Pexip blev stillet til rådighed af Region Midtjylland.

Resultater

Borger karakteristika og selv-rapporteret data

Der blev afholdt 22 SKARB MDT konferencer. De første 10 SKARB MDT konferencer blev afholdt i tidsrummet 17. november 2020 til 9. marts 2021. De sidste 12 SKARB MDT konferencer blev afholdt i tidsrummet 25. maj 2021 til 9. november 2021.

I anden runde var yderligere 10 borgere fundet egnet til deltagelse, dvs. i alt 22 var egnede. Grunden til, at kun 12 deltog var, at tre ikke ønskede at deltage i projektet, fire borgere blev afsluttet i ét af de to regionsklinikker før SKARB MDT konferencen blev afholdt, to borgere blev ikke tilbudt deltagelse grundet nylig større kirurgi og en borgere svarede ikke telefonen efter gentagende forsøg.

Tolv ud af de 22 deltagende borgere var over 65 år med lidt flere kvinder end mænd (12/10) og flest var på alderspension og halvdelen havde en BMI på 30 eller derover. Fire ud af de 22 borgere modtog kommunale ydelser på inklusionstidspunktet. Kronisk komplekse smerter var den hyppigste kroniske sygdom (14/22) efterfulgt af hypertension (13/22) og på en delt 3. plads kom gastroøsofageal refluks sygdom, kronisk nyresygdom og hjertesvigt, som hver var til stede hos 7 ud af de 22 borgere. Ni borgere havde 7 eller flere kroniske diagnoser. Se de øvrige borger karakteristika i bilag 4, tabel 1-4 og tabel 8-11.

Tretten ud af de 22 borgere angav sig selv skrøbelige og seks angav sig selv ikke-robuste. Borgernes gennemsnitlige score for behandling af deres kroniske sygdomme var 2,1 (skala 0-5, hvor 5 er bedst). De elementer, der særlig var angivet mangelfulde var, at lidt over halvdelen (14/22) havde aldrig fået valget mellem forskellige behandlinger, som de kunne tænke over. Femten ud af 22 var aldrig blevet bedt om at tale om deres egne mål med at tage vare på egne sygdomme. Nitten ud af 22 angav, at de aldrig havde fået en kopi af planen for deres behandling. Sytten ud af 22 angav, at de aldrig var blevet forklaret, hvordan besøg hos andre behandlere gavner deres behandling eller blevet spurgt ind til, om hvordan det er gået, når de har været hos andre læger. Se de øvrige selvrapporteret data i bilag 4, tabel 5-7.

Patient-rapporterede outcomes data og sygdomsspecifikke parametre

Grundet det begrænset datamateriale i kombination med heterogeniteten af de inkluderede borgers diagnoser er det ikke muligt at evaluere de inkluderede borgers symptombyrde eller behandling af de kroniske sygdomme. Se tabel 12-15 i bilag 4.

Planlægning af SKARB MDT

Alle 22 SKARB MDT konferencer blev afholdt til det planlagte tidspunkt. SKARB projektsygeplejerske deltog sammen med borgeren i alle MDT konferencer, 15 af dem blev afholdt i borgernes hjem og syv blev afholdt i Skive Sundhedshus.

Mediantiden fra inklusionsdatoen og til afholdelse af SKARB MDT konferencen var 18 dage (interval 7-91 dage). Mediantiden var for de første 10 SKARB MDT konferencer 8 dage (interval 7-21 dage) og for de sidste 12 konferencer var mediantiden 32 dage (interval 16-91). Se tabel 17 i bilag 4.

Sundhedsprofessionelle deltagere

I 19 ud af 22 SKARB MDT konferencer deltog alle fem 1. prioriteringsdeltagere. I de resterende 19 konferencer deltog fire ud af fem 1. prioriteringsdeltagere. Således var 1. prioriteringsdeltagerprocent 97% (107/110).

I alt deltog 128 sundhedsprofessionelle i de 22 SKARB MDT konferencer fordelt på 22 praktiserende læger, 28 kommunale medarbejdere og 74 hospitalsansatte. Se i øvrigt fordelingen mellem faggrupper i tabel 1.

Tabel 1. Fordeling af sundhedsfaglige deltagere ved SKARB MDT konferencerne

	Antal
Fra almen praksis i alt, fordelt på	22
Borgerens praktiserende læge	22
Fra Skive Kommune i alt, fordelt på	28
Faglig koordinator	22
Kommunal sygeplejerske	6
Fra Regionshospitalet Viborg Skive, fordelt på	74
Speciallæger fra Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme	22
Speciallæge fra andre afdelinger	3
1. reservelæger fra Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme	1
1. reservelæger fra andre afdelinger	0
Kliniske sygeplejersker fra Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme	2
Kliniske sygeplejersker fra andre afdelinger	2
Projektsygeplejerske	22
Hospitalsfarmaceut	22
Fra andre hospitaler i Region Midtjylland, fordelt på	4
Speciallæger	4
Samlet antal sundhedsfaglige deltagere ved 22 MDT konferencer	128

Sammenfatning af anbefalinger og konklusioner

De lægefaglige og sundhedsfaglige problemstillinger og ønsker til samlede behandlingsplan samt konklusionerne herpå fremgår af bilag 4, tabel 18-20. Nedenstående tabel 2 udgør en sammenfatning af de 22 borgers behandlingsplan.

Tabel 2. Sammenfatning af anbefalinger og konklusioner

	Antal
Tiltag hos praktiserende læge	8
Konsultation ved egen læge	6
Vejledes i rettidig kontakt til egen læge	1
Hospitalsforløb overtages af egen læge	1
Tiltag i kommunen	31
Rygestop	3
Hygiejne	1
Hjælpemidler	4
Borgerservice	1
Kost og motion	15
Genoptræning	5
Medicinadministration	1
Ekstra observation	1
Tiltag på hospital	8
Henvises til nyt behandlingsforløb/undersøgelse	5
Ændringer af eksisterende behandlingsforløb	3
Andet	11
Ekstra undersøgelse/observation	4
Vejledning i indtagelse af medicin ved behov	5
Vederlagsfrit fysioterapeut	1
Anbefales øjenlæge vurdering	1

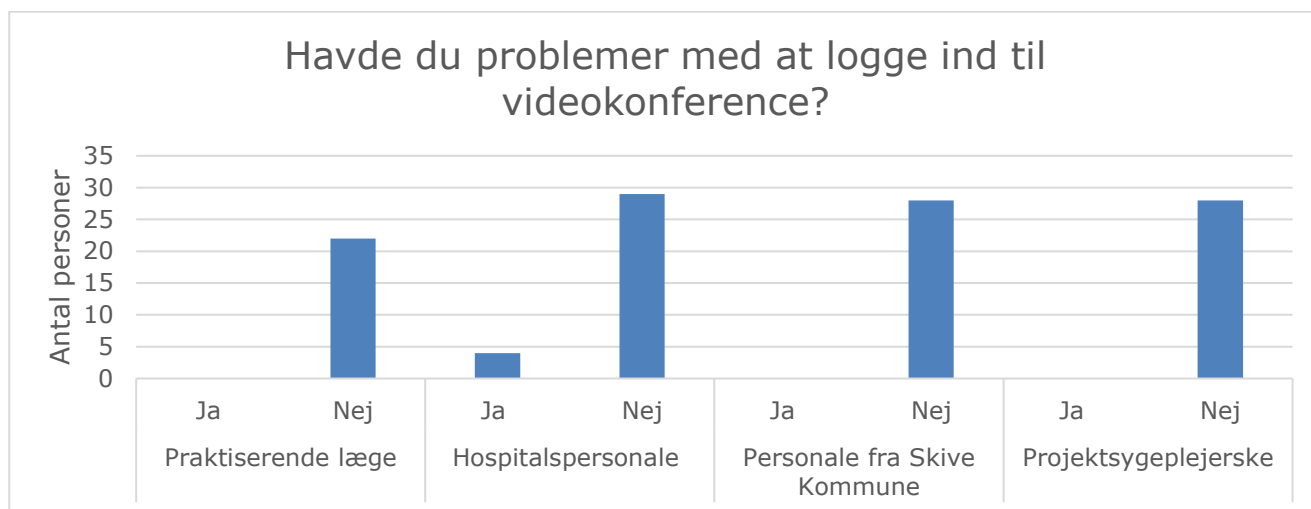
Øvrige aftale kommunale indsatser og ydet kommunal rådgivning ved SKARB MDT konferencerne fremgår af bilag 4, tabel 22.

Resultatet fra evalueringsskemaerne

105 ud af de 106 sundhedsprofessionelle og alle 22 borgere udfyldt et efterfølgende evalueringsskema. Alle besvarelser på evalueringsskemaerne fremgår af bilag 5, figur 1-21. Udvalgte svar på åbne spørgsmål fra evalueringsskemaerne fremgår af bilag 6 og 7.

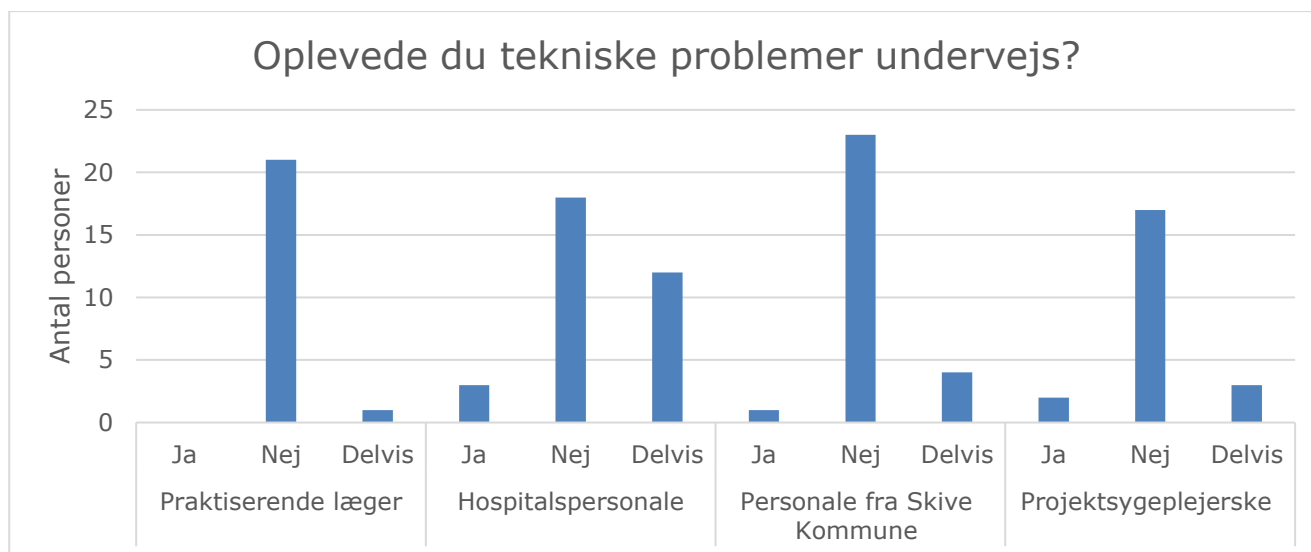
Teknisk stabilitet

De sundhedsprofessionelle deltagerne blev spurgt om login problemer. Alle sundhedsprofessionelle og borgerne blev spurgt om der var tekniske problemer undervejs og deres vurdering af om billed- og lyd kvaliteten. Resultatet heraf fremgår af figur 2-5.



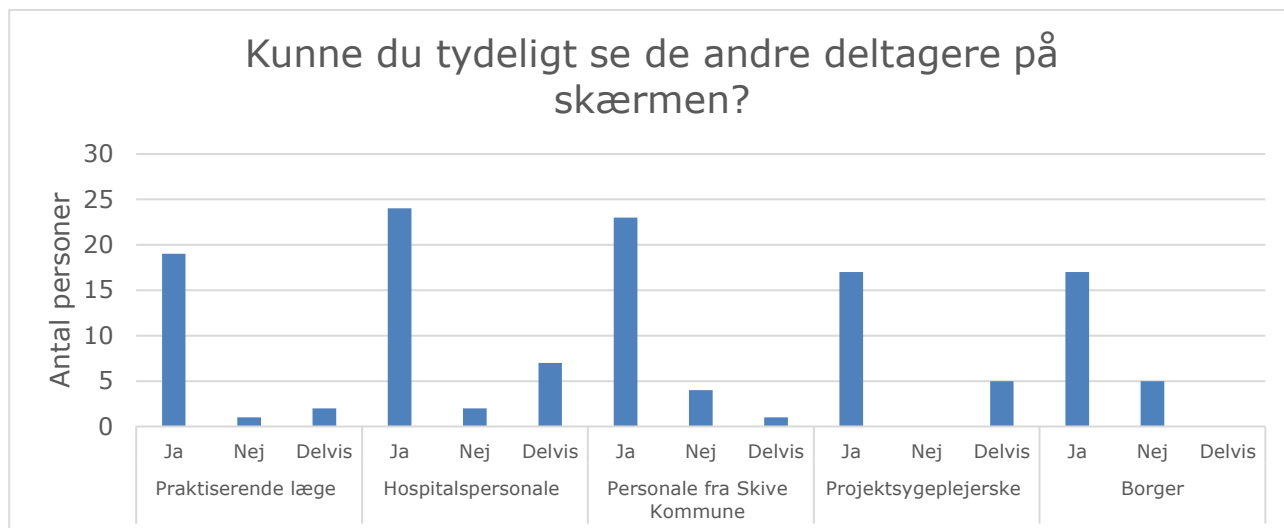
Figur 2. Login problemer

Fire ud af 105 angav, de havde problemer med at logge ind til videokonferencen. Alle fire var hospitalsansatte.



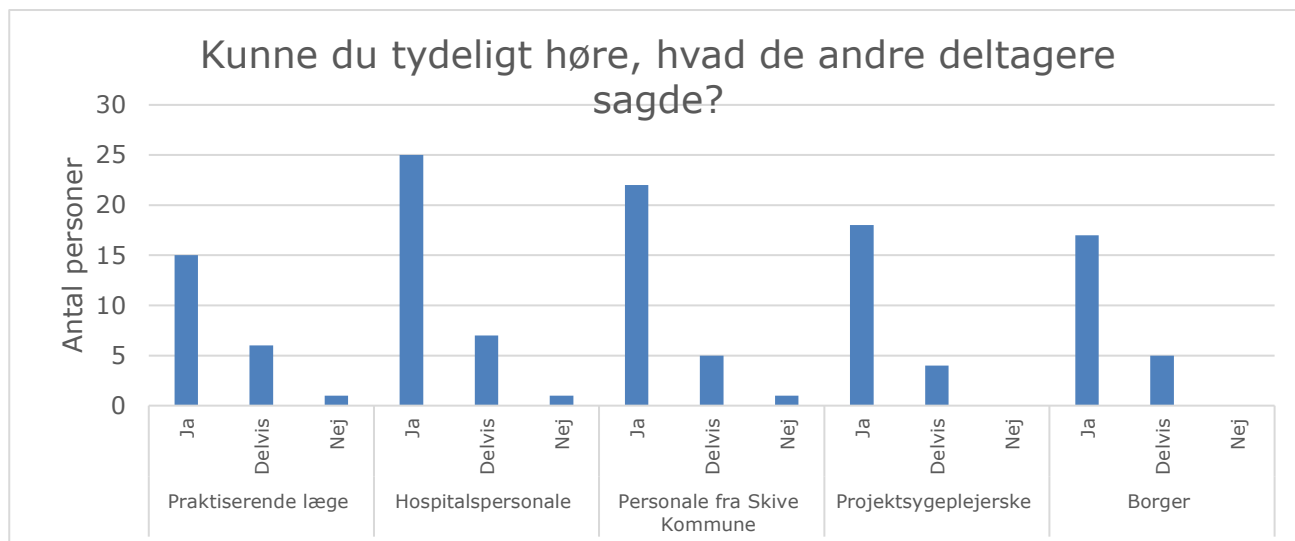
Figur 3. Tekniske problemer

79 ud af 105 angav ingen tekniske problemer undervejs. Seks angav, de havde problemer undervejs og 20 angav delvis tekniske problemer undervejs.



Figur 4. Billedkvalitet

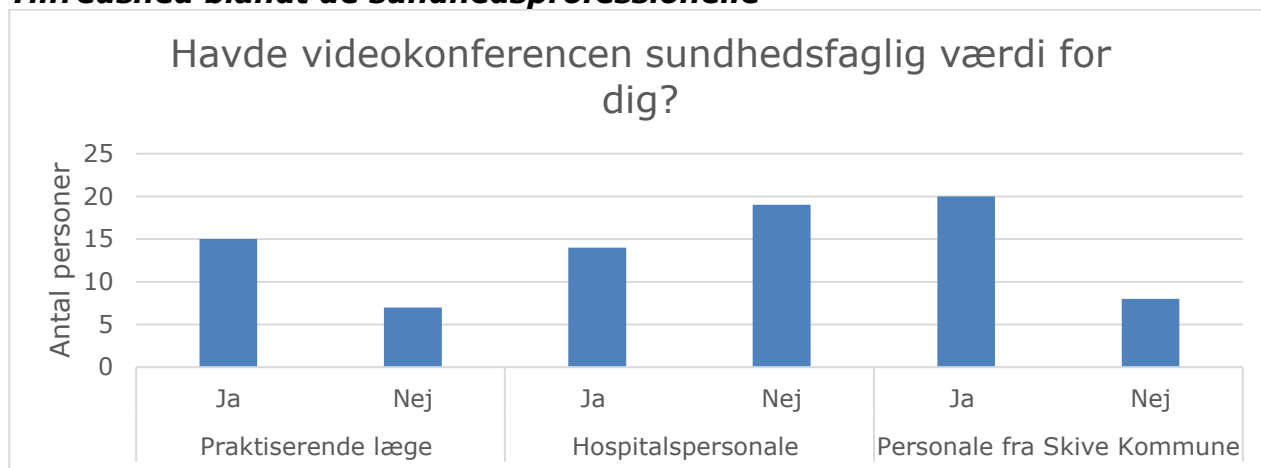
100 ud af de 127, der besvarede spørgsmålet vedr. billedkvalitet angav, de kunne se de andre deltager tydeligt på skærmen. Tolv angav, at de ikke kunne se de andre deltagere tydeligt og 15 angav, at de delvist kunne se de andre deltagere tydeligt på skærmen.



Figur 5. Lydkvalitet

97 ud af de 127 adspurgt kunne tydeligt høre, hvad de andre deltagere sagde. Syvogtve kunne delvis høre, hvad de andre deltagere sagde og tre angav, at de ikke tydeligt kunne høre, hvad de andre deltagere sagde.

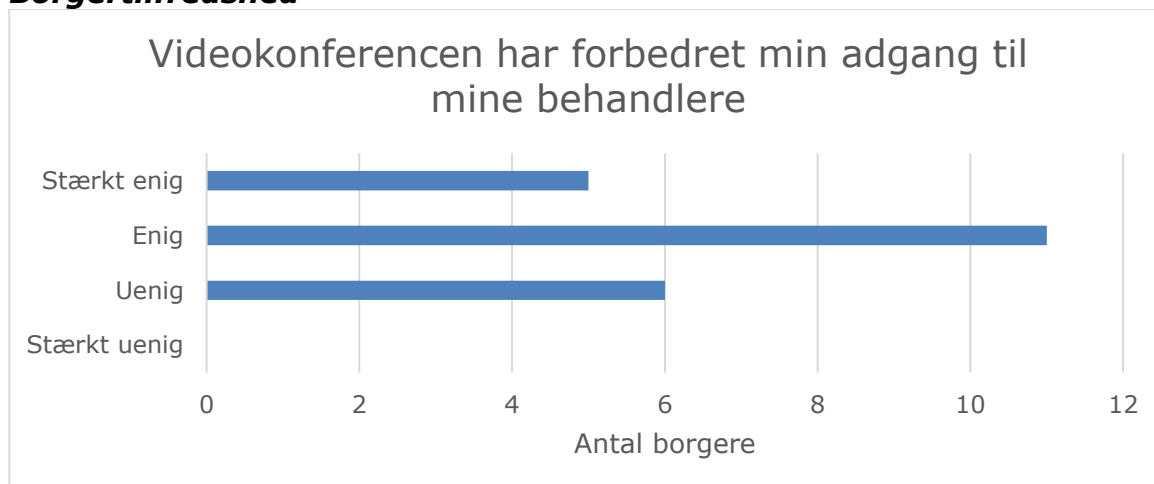
Tilfredshed blandt de sundhedsprofessionelle



Figur 6. Videokonferencens sundhedsfaglige værdi

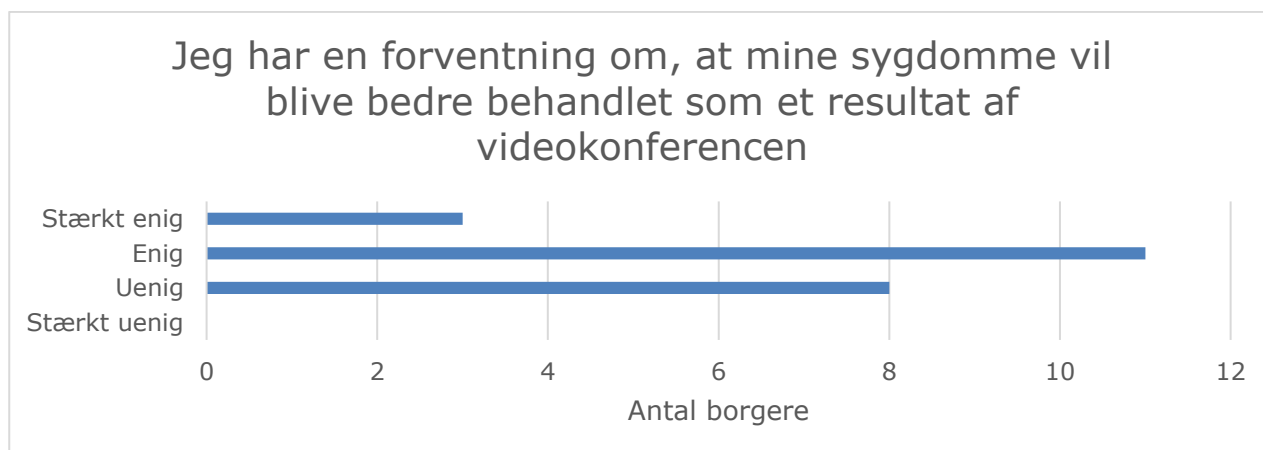
49 ud af de 83 (59%) sundhedsprofessionelle angav, at SKARB MDT konferencen havde sundhedsfaglig værdi.

Borgertilfredshed



Figur 7. Borgerens vurdering af adgang til behandlere

16 ud af de 22 borgere (73%) angav, at videokonferencen havde forbedret adgangen til deres behandlere



Figur 8. Borgernes forventninger til behandling af deres sygdomme

14 ud af 22 borgere (64%) af borgeren angav sig "enig" eller "stærkt enig" i, at de forventede at deres sygdomme blev bedre behandlet som et resultat af videokonferencen.

Personaleressourcer og tidsforbrug

Personalesammensætningen ved de 22 SKARB MDT konferencer fordelt på de tre sektorer fremgår af delrapportens tabel 1.

Den gennemsnitlige varighed af SKARB MDT konferencen var 48,70 minutter, hvilket er vurderet ud fra projektsygeplejerskens angivelse af start- og sluttidspunkt for selve SKARB MDT konferencen eksklusiv formødet.

Tabel 3. Personalet tidsforbrug til SKARB MDT konference

	Forberedelse (minutter)	SKARB MDT konferencen inkl. formøde (minutter)	I alt (minutter)
Almen praksis i alt	632	1.071	1.703
Borgerens praktiserende læge	632	1.071	1.703
Skive Kommune i alt	835	1.363	2.198
Faglig koordinator	736	1.071	1.807
Kommunal sygeplejerske	99	292	391
Fra hospitalet i alt	15.457	3.302	18.759
Farmaceut	2.530	770	3.300
Speciallæger og 1. reservelæger	747	1.266	2.013
Kliniske sygeplejersker	36	195	231
Projektsygeplejerske ¹	10.824	1.071	11.895
Sekretær	1.320	-	1.320
Samlet tidsforbrug	16.924	5.736	22.660²

*Deltagerne har angivet deres forberedelsestid i intervaller og ved udregning af forberedelsestiden indgår intervallets midterste minuttal.

¹Projektsygeplejerskens tidsforbrug til forberedelsestid udgør: Arrangere inklusionsmøde hos borgeren, transport til og fra borgers hjem mhp. udarbejdelse af oplæg til drøftelse ved SKARB MDT konferencen, arrangere og indkalde SKARB MDT konference deltagere, forberedelse af oplæg til konferencen, transport til og fra SKARB MDT konferencen, formøde med farmaceut og dokumentation efter konferencen (samskrivning til journal og sende korrespondancer til de involverede parter og borgeren).

²Svarer til 17,2 timer/SKARB MDT konference

Evaluering af medicingennemgang

Borgerene fik i alt 327 (gennemsnit 15) præparater før og 326 (gennemsnit 15) præparater efter. I alt blev der foretaget 41 medicinændringer (startet eller seponeret præparat, ændret dosering eller administrationstidspunkt). For otte ud af 22 borgere blev der ikke foretaget medicinændringer. Præparat og ændringerne fremgår af tabel 4.

Tabel 4

Præparater, som blev startet	Præparater, som blev seponeret	Præparater, med dosis reduktion	Præparater med dosis øgning	Præparater med ændret administrations-tidspunkt
Pantoprazol	Amiodaron	Allopurinol	Dumetanid	Losartan
Oxazepam	Ramipril	Ibuprofen	Insulin	Spironolacton
Pantoprazol	Amoxicillin	Theophylin		Formoterol
Losartan	Metoprolol	Spironolacton		Atorvastatin
Ferrosulfat	Amiodaron	Metoprolol		D3 vitamin
Furix	Amlodipin	Nebivolol		Apixaban
Bisoprolol	Amitriptylin	Bramino Præmix ¹		
Acetylcystein	Fluocortolon	Enalapril		
Losartan	Rosuvastatin	Olanzapin		
Salbutamol ²	Unikalk med D-vitamin	Metformin		
Magnesia	Mablet			
	Apovit-B-vitamin			

¹Dosis reduktion og ændret administrationstidspunkt

²Startet som behovsmedicin

Diskussion

Formålet med afprøvningsprojektet var at sikre gennemførlighed af tværsektorielle virtuelle multidisciplinære konferencer ved sikring af høj deltagelsesprocent, teknisk stabilitet og høj grad af borgertilfredshed og tilfredshed blandt sundhedsprofessionelle. Målet med afprøvningsprojektet var optimere SKARB MDT konferencer forud for et tværsektorielt randomiseret case-kontrol studiet til måling af effekten på multisyge borgers hospitalskontakter. Case-kontrol studiet var ikke muligt at gennemføre grundet manglende tilslutning blandt de praktiserende læger, hvorfor afprøvningsprojektet blev udvidet.

Der blev gennemført i alt 22 SKARB MDT konferencer, som alle blev afviklet til det planlagte tidspunkt. 97% af de deltagende sundhedsprofessionelle var defineret som 1. prioriteringsdeltagere. Deltagerne havde ikke betydelige login-problemer, men 25% af de sundhedsprofessionelle oplevede tekniske problemer undervejs og henholdsvis 21% og 24% angav forringet billed- og lydkvalitet. På den valgte parameter for tilfredshed hos de sundhedsprofessionelle deltagere angav 59%, at videokonferencen havde sundhedsfaglige værdi. For de to valgte parametre for borgertilfredshed angav 73% af borgerne, at videokonference havde forbedret adgangen til deres behandlere og 64% havde en forventning om, at deres sygdomme ville blive bedre behandlet som et resultat af videokonferencen. Personale tidforbruget til afvikling af en SKARB MDT konference var i gennemsnit 16,6 timer.

Den afprøvet model for SKARB MDT konferencer tog udgangspunkt i to danske projekter, et fra Bornholms Hospital og ét fra Vestklyngen [21, 22], og den canadiske TIP IMPACT model [25]. Disse modeller blev tilpasset projekt SKARB's formål og et mål om at udvikle en tværsektoriel

model for multisyge borgere med behandlingsforløb på Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme Regionshospitalet Viborg bosiddende i Skive Kommune.

Borgernes tilfredshed med SKARB MDT konferencen var samlet set rigtig positive, selvom de to udvalgte parametre for borgertilfredshed ikke levede op til vores forudbestemte succeskriterier. Stort set alle borgere angav sig tilfredse med de anbefalinger, der blev aftalt ved videokonferencen og ville følge dem. Det, der gav mest værdi for borgerne var, at alle sundhedsfaglige behandlere var samlet i samme "rum" og hørte hinandens overvejelser, refleksioner og forklaringer vedr. borgerens problemstillinger og situation. Der var mulighed for straks at få svar på spørgsmål og opnå enighed omkring den fremadrettet behandlingsplan. Borgerne følte sig set, hørt og inddraget i dialogen.

Tilbagemeldingerne fra de sundhedsprofessionelle vedr. konferencens sundhedsfaglige indhold opnåede ikke vores forudbestemte succeskriterier. I tråd med erfaringer fra TIP IMPACT modellen fandtes det vigtig for effektiviteten af SKARB MDT konferencen, at borgeren og SKARB projektsygeplejerske mødtes før konferencen og drøftede borgeren problematikker og prioriteringer. Alligevel fandtes SKARB MDT konferencerne ikke med sundhedsfaglig værdi for over halvdelen af de sundhedsprofessionelle. En af årsagerne der peges på som baggrund herfor var, at sammensætningen af SKARB MDT deltagerne var fastlagt på forhånd uden skelen til den enkelte borgers lægefaglige og sundhedsfaglige problematikker og ønske til samlende behandlingsforløb. Dette er i tråd med konklusionen fra projektet ved Bornholms Hospital, hvor ca. to tredjedele af de deltagende fagpersoner oplevede at de afholdte konferencer ikke var relevante. I projektet fra Bornholm anbefalede man fremadrettet et mere fleksibelt koncept, hvor form og deltagerne i højere grad er tilpasset formålet med den enkelte konference og tilbuddet om konference blev forbeholdt en mindre særligt kompleks målgruppe. Baseret på dokumentation for det faglige indhold, omhandlede den hyppigste anbefaling og konklusion kost og motion, som er en opgave, der hovedsagelig varetages i kommunal regi. Det kan være årsagen til, at forholdsmæssigt flest kommunale medarbejdere (faglig koordinator og sygeplejersker) fandt konferencen af sundhedsfaglig værdi i modsætning til hospitalspersonale.

At anvende video som platform til afholdelse af SKARB MDT konferencer blev samlet set evalueret positivt fra både de sundhedsprofessionelle og borgerne. Flere sundhedsprofessionelle meldte under evalueringsskemaets åbne spørgsmål tilbage, at gennemførelse af en konference med så mange forskellige faggrupper udgående fra så mange forskellige lokaliseringer kun var en mulighed ved brug af en virtuel platform. Tilbagemeldinger vedrørende teknikken var væsentlig bedre end erfaringerne fra projekt "Kom Godt Hjem", hvor man bl.a. har afprøvet en model for udskrivelse via videomøder [22]. Her oplevede man, at den tekniske del af videomødet var en barriere for afviklingen af udskrivelsesmøderne. Ud over brugen af virtuelle medier generelt er i fremgang i samfundet, er der formentlig flere forhold, der gør sig gældende i forskellen mellem evalueringerne af brug af video mellem projekt "Kom Godt Hjem" og dette projekt. SKARB MDT konferencerne blev afviklet under anden COVID-19 bølge i Danmark, hvor særligt de praktiserende læger men også kommunen havde anskaffet sig virtuelt udstyr i deres klinikker og var efterhånden fortrolige hermed. Samme gjorde sig gældende for de hospitalsansatte, hvor login problemerne udelukkende var i begyndelsen. Den tekniske stabilitet under SKARB MDT konferencerne levede dog ikke op til vores forventninger, hvor ca. tre fjerdedel af borgerne meldte tilbage, at de gerne ville bruge videokonference

ingen til konsultation med deres behandlere. Dog foretræk kun 5/22 borgere video som konsultationsform ved næste møde med behandleren.

Personalet tidsforbrug til afvikling af en SKARB MDT konference vurderes til at være højt. Særligt kræver det relativt meget forberedelse, både for den enkelte sundhedsprofessionelle deltager og i særdeleshed for SKARB projektsygeplejersken, som brugte ca. ½ delen af det samlede antal personaletimer på SKARB MDT konferencen. I tråd med erfaringerne fra Bornholms Hospital, introducerer tværfaglige konferencerne nye rutiner, som vanskeliggør koordinering og forstyrrer vanlige rutiner. Det blev i nærværende projektet prioriteret højt, at det var den medicinske/hjertemedicinske speciallæge, som havde varetaget de seneste lægefaglige kontakter til borgeren, der skulle deltage. Dette kombineret med et mål om, at de første 10 SKARB MDT konferencer skulle kunne arrangeres med ned til en uges varsel, gav betydelige udfordringer for den øvrige drift i Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme. Dette gjorde, at planlægningsperioden måtte forlænges fra en uge til 3 uger. Dette i kombination med, at personale afviklede sommerferie betød, at der kunne gå fra op til 3 uger til op til 3 måneder fra inklusionssamtalen til selve MDT konferencen. Om denne ændring har betydning for borgertilfredsheden og tilfredsheden blandt de sundhedsprofessionelle med SKARB MDT konferencerne er datamaterialet ikke stærkt nok til at vurdere.

Konklusion og perspektiver

Multidisciplinære konference med multisyge borgers sundhedsprofessionelle peges på som en indsats, der vil optimere sammenhængende behandlingsforløb for multisyge borgere med behandlingsforløb i flere sektorer. Internationalt og nationalt er der tidligere gennemført projekter med virtuelle MDT konferencer, hvor man har fundet god effekt på borgeroplevelset kvalitet, men blandede succes grundet tekniske udfordringer og manglende faglig indhold. I nærværende afprøvningsprojekt har vi gennemført 22 virtuelle MDT konferencer med tilstedeværelse af den multisyge borger og dennes behandlere fra almen praksis, hospital og en repræsentant fra kommunen med følgeskab af evt. tilknyttede kommunale sygeplejerske.

Vi har kun mødt beskedne tekniske udfordringer i forhold til erfaringer fra tidligere projekter. Tilbagemeldingerne fra borgerene har været positive, selvom de ikke levede op til vores forudsatte succeskriterier. Tilbagemeldingerne fra lidt under halvdelen af de sundhedsprofessionelle var, at konferencerne manglede sundhedsfaglig værdi. Personale ressourceforbruget var højt og logistik var det vanskeligt særligt på hospitalet at frigive den speciallæge, der senest havde varetaget borgerens behandling fra andre planlagte aktiviteter. På baggrund af nærværende materiale er det ikke muligt at udtale sig om effekten af SKARB MDT konferencen.

Samlet set ser vi et potentiale i virtuelle MDT konferencer med multisyge borgere som et redskab til øget borgertilfredshed ved tværsektorielle behandlingsforløb. Før vi kan anbefale SKARB MDT konferencer i drift er der behov for justering af konferencernes organisatoriske set-up samt en undersøgelse af, om konferencerne har effekt på behandlingsmæssig kvalitet og/eller om det anvendte ressourceforbrug på MDT konferencen står mål med det efterfølgende forbrug af sundhedsydelser.

Referencer

1. Christensen, K., et al., *Ageing populations: the challenges ahead*. Lancet (London, England), 2009. **374**(9696): p. 1196-1208.
2. Anne Frølich, F.O., Inge Kristensen *Multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng*. 2017.
3. Barnett, K., et al., *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. Lancet (London, England), 2012. **380**(9836): p. 37-43.
4. Schiotz, M.L., et al., *Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study*. BMC public health, 2017. **17**(1): p. 422-017-4314-8.
5. Diederichs, C., K. Berger, and D.B. Bartels, *The measurement of multiple chronic diseases--a systematic review on existing multimorbidity indices*. 2011, Gerontological Society of AmericaOxford University Press. p. 301-311.
6. Frølich, A., et al., *Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark*. PLoS One, 2019. **14**(8): p. e0214183.
7. Mercer, S.W., et al., *Multimorbidity and the inverse care law in primary care*. BMJ (Clinical research ed.), 2012. **344**: p. e4152.
8. Moth, G., M. Vestergaard, and P. Vedsted, *Chronic care management in Danish general practice--a cross-sectional study of workload and multimorbidity*. BMC Fam Pract, 2012. **13**: p. 52.
9. Regioner, D., *Hvidbog for den patientansvarlige læge*. 2017: <https://www.regioner.dk/media/4727/hvidbog-for-den-patientansvarlige-laege-2017.pdf>.
10. *Vision for almen praksis i 2030*. 2020, PLO og Danske Regioner 2020: https://www.laeger.dk/sites/default/files/vision_for_almen_praksis_2030.pdf.
11. Nissen, N.K., R. Aarhus, and L. Ørtenblad, *Dynamics of a specialized and complex health care system: Exploring general practitioners' management of multimorbidity*. Chronic Illn, 2020: p. 1742395320928403.
12. Sampson, R., R. Barbour, and P. Wilson, *The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study*. BMC Fam Pract, 2016. **17**: p. 45.
13. van Schaik, S.M., et al., *Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis*. Med Educ, 2014. **48**(6): p. 583-92.
14. Bayliss, E.A., et al., *Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities*. Fam Pract, 2008. **25**(4): p. 287-93.
15. Kuluski, K., et al., *What is Important to Older People with Multimorbidity and Their Caregivers? Identifying Attributes of Person Centered Care from the User Perspective*. Int J Integr Care, 2019. **19**(3): p. 4.
16. Ortenblad, L., L. Meillier, and A.R. Jonsson, *Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life*. Chronic illness, 2018. **14**(4): p. 271-282.
17. guideline, N., *Multimorbidity: clinical assessment and management*, in *National Institute for Health and Care Exellent*. 2016, National Guideline Centre. National Institute for Health and Care Exellent: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/resources/multimorbidity-clinical-assessment-and-management-pdf-1837516654789>.
18. Services, U.D.o.H.a.H., *Multiple chronic conditions-a strategic framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple conditions*. . 2010: https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf.

19. Boeckxstaens, P., et al., *Perspectives of specialists and family physicians in interprofessional teams in caring for patients with multimorbidity: a qualitative study*. CMAJ Open, 2020. **8**(2): p. E251-e256.
20. Eriksen, C.U., et al., *Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom*. 2019, Sundhedsstyrelsen: ISBN 978-87-93775-02-2.
21. Madsen, M.H., et al., *Værdibaseret styreing på Bornholms Hospital - Evaluering af forsøgsprojektet "Udviklingshospital Bornholm"*, V.D.n.f.-o.a.f. velfærd, Editor. 2019: <https://www.vive.dk/media/pure/13241/2888138>.
22. Andersen, G., A. Christensen, and N.M. Steffensen, *Projekt Kom godt Hjem*. 2020: <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/projekter/rette-tilbud/200220/rapport-kom-godt-hjem---endelig.pdf>.
23. Poulsen, L.U., *Opsamling på prøvehandling*. 2019, Region Midtjylland: https://www.rm.dk/api/NewESDHBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM%20Internet%5CDagsordener%5Cregionsraadet%202019%5C30-10-2019%5CAaben_dagsorden&appendixId=250379.
24. Tracy, C.S., et al., *The IMPACT clinic: innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs*. Can Fam Physician, 2013. **59**(3): p. e148-55.
25. Pariser, P., et al., *Connecting People With Multimorbidity to Interprofessional Teams Using Telemedicine*. Ann Fam Med, 2019. **17**(Suppl 1): p. S57-s62.
26. Glasgow, R.E., et al., *Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)*. Med Care, 2005. **43**(5): p. 436-44.
27. Glasgow, R.E., et al., *Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management*. Diabetes Care, 2005. **28**(11): p. 2655-61.
28. Maindal, H.T., I. Sokolowski, and P. Vedsted, *Adaptation, data quality and confirmatory factor analysis of the Danish version of the PACIC questionnaire*. Eur J Public Health, 2012. **22**(1): p. 31-6.
29. DEFACTUM, *Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen*. Opsamlingsnotat. 2016: www.defactum.dk.
30. Graabaek, T. and L.J. Kjeldsen, *Medication reviews by clinical pharmacists at hospitals lead to improved patient outcomes: a systematic review*. Basic Clin Pharmacol Toxicol, 2013. **112**(6): p. 359-73.

Patientvurdering af behandlingen ved kronisk sygdom

De følgende spørgsmål omhandler den hjælp, du får af sundhedsprofessionelle i forbindelse med din sygdom. Tænk på den behandling du har fået i løbet af de seneste 6 måneder. Med behandling menes fx den medicinske behandling, undervisning, diættejledning og træning. Det gælder både i kommunen, hos den praktiserende læge, på hospitalet og andre klinikker.

Dine svar vil blive behandlet fortroligt og bliver ikke videregivet til din læge, andre sundhedsprofessionelle eller til kommunen.

Tænk på den behandling, du har fået for dine sygdomme indenfor de sidste 6 måneder

Når jeg indenfor de seneste 6 måneder har været til behandling eller kontrol for mine sygdomme... (sæt ét x i hver linje)

		Aldrig ▼	Som regel ikke ▼	Nogle gange ▼	For det meste ▼	Altid ▼
1	er jeg blevet spurgt om mine egne forslag, når vi lavede en plan for min behandling	☐	☐	☐	☐	☐
2	har jeg fået valget mellem forskellige behandlinger, som jeg har kunne tænke over	☐	☐	☐	☐	☐
3	er jeg blevet bedt om at fortælle om eventuelle problemer med min medicin, jeg får, eller dens virkning	☐	☐	☐	☐	☐
4	har jeg fået en liste over ting, jeg burde gøre, for at forbedre mit helbred	☐	☐	☐	☐	☐
5	har jeg følt mig helt tryk ved, at min behandling var godt tilrettelagt	☐	☐	☐	☐	☐
6	har jeg fået forklaret, hvordan det jeg selv gør for at passe på mit helbred, påvirker min sygdom	☐	☐	☐	☐	☐
7	er jeg blevet bedt om at tale om mine egne mål med at tage vare på mine sygdomme	☐	☐	☐	☐	☐
8	har jeg fået hjælp til at sætte konkrete mål for, hvordan jeg forbedre mine kost- eller motionsvaner	☐	☐	☐	☐	☐
9	har jeg fået en kopi af planen for min behandling	☐	☐	☐	☐	☐

Tænk på den behandling, du har fået for dine sygdomme indenfor de sidste 6 måneder

Når jeg indenfor de seneste 6 måneder har været til behandling eller kontrol for mine sygdomme...

(sæt ét x i hver linje)

		Aldrig ▼	Som regel ikke ▼	Nogle gange ▼	For det meste ▼	Altid ▼
10	er jeg blevet opfordret til at deltage i en gruppe eller på et kursus specielt rettet mod, at jeg kan blive bedre til at tage vare på min sygdom	☐	☐	☐	☐	☐
11	er jeg blevet stillet spørgsmål om mine sundhedsvaner, enten direkte eller via et spørgeskema	☐	☐	☐	☐	☐
12	har jeg været sikker på, at min læge eller sygeplejerske har taget hensyn til mine holdninger og vaner, når de anbefalede forskellige behandlinger	☐	☐	☐	☐	☐
13	har jeg fået hjælp til at lave en plan for behandling, som jeg kan klare at gennemfører i hverdagen	☐	☐	☐	☐	☐
14	har jeg fået hjælp til at forberede mig på, hvordan jeg kan tage vare på mine sygdomme selv i vanskelige perioder	☐	☐	☐	☐	☐
15	er jeg blevet spurgt om, hvordan mine sygdomme påvirker mit liv	☐	☐	☐	☐	☐
16	har lægen, sygeplejersken eller andre efterfølgende kontaktet mig for at høre, hvordan det gik	☐	☐	☐	☐	☐
17	er jeg blevet opfordret til at deltage i aktiviteter i lokalsamfundet, som jeg kunne have gavn af	☐	☐	☐	☐	☐
18	er jeg blevet henvist til en diætist eller en anden person, der kan rådgive eller undervise om sundhed	☐	☐	☐	☐	☐
19	har jeg fået forklaret, hvordan mine besøg hos andre læger, fx øjenlægen eller en anden speciallæge, gavner min behandling	☐	☐	☐	☐	☐
20	er jeg blevet spurgt, om hvordan det er gået, når jeg har været hos andre læger	☐	☐	☐	☐	☐

Procedure for udvælgelse af SKARB MDT konference deltagere

SKARB MDT konferencen gennemføres ved første kommende lejlighed, og senest indenfor 10 hverdage, hvor borgeren, SKARB projektsygeplejerske, den praktiserende læge og den medicinske/hjertemedicinske speciallæge kan deltage. Deltagere markeret med 1. herunder symboliserer, at de **skal** deltage.

Sundhedspersoner markeret med 2. deltager, hvis det er muligt. Nogle deltagers arbejdsopgaver overgår til en anden ved forfald (se herunder).

SKARB MDT konference deltagere	Udvælgelseskriterier og kriterier for alternative deltager ved forfald af den sundhedsperson, som opfylder udvælgelseskriterierne
DELTAGERE (1. PRIORITERING)	
1. Borgeren	<u>Udvælgelseskriterier</u> Kun borgeren selv kan deltage. <u>Alternativer</u> Borgeren erstattes ikke.
1. SKARB projektsygeplejerske	<u>Udvælgelseskriterier</u> SKARB projektsygeplejerske, som har inkluderet borgeren. <u>Alternativer</u> SKARB projektleder.
1. Borgerens praktiserende læge	<u>Udvælgelseskriterier</u> Hvis borgeren er tilknyttet en solopraksis deltager den pågældende praktiserende læge. Hvis borgeren er tilknyttet en kompagniskabspraksis deltager den praktiserende læge, der kender borgeren bedst vurderet ud fra de seneste kontakter i almen praksis og evt. sygebesøg. Hvis det er en hoveduddannelseslæge i almen praksis, der har afholdt de seneste lægekonsultationer med borgeren, kan det være hoveduddannelseslægen, der deltager. <u>Første alternativ:</u> Ved solopraksis: En praksissygeplejerske, der kender borgeren Ved kompagniskabspraksis: En anden almen praktiserende læge/hoveduddannelses læge til almen praktiserende læge, der kender borgeren. <u>Andet alternativ:</u> En praksissygeplejerske, der kender borgeren.
1. Borgerens medicinske/hjertemedicinske speciallæge (=SKARB speciallægen)	<u>Udvælgelseskriterier</u> Hvis borgen har forløb i flere medicinske/hjertemedicinske klinikker på Regionshospitalet Viborg og Skive deltager speciallægen fra den klinik/sengeafsnit, hvor borgeren har haft flest kontakter/indlæggelser gennem den seneste år.

	Den medicinske/hjertemedicinske speciallæge, som har fulgt borgeren flest gange i klinikken eller sengeafsnittet gennem det seneste år, deltager. <u>Første alternativ:</u> En speciallægekollega fra specialet, som har set patienten i løbet af det senest år. <u>Andet alternativ:</u> Hvis borgeren følges i to medicinske/hjertemedicinske klinikker deltager den medicinske/hjertemedicinske speciallæge fra den anden klinik, som har set patienten flest gange indenfor 1 år. <u>Tredje alternativ:</u> Hvis borgeren er set af en hoveduddannelseslæge, som er i sidste halvdel af specialet, kan vedkommende deltage.
1. Faglig koordinator fra Skive Kommune	<u>Udvælgelseskriterier</u> Den kommunale faglige koordinator, som er tilknyttet projektet inviteres til at deltage. <u>Alternativ deltager</u> Den faglig koordinator erstattes med en kollega ved forfald.
2. PRIORITERINGSDELTAGERE (SOM IKKE ERSTATTES/NØDVENDIGVIS ERSTATTES VED FORFALD)	
2. Anden involverede speciallæge fra hospital	<u>Udvælgelseskriterier</u> Den speciallæge, der følger borgeren i det andet hospitalsforløb, inviteres til at deltage. <u>Videregivelse af opgaver</u> Hvis speciallægen ikke kan deltage bedes den medicinske/hjertemedicinske speciallæge kontakte vedkommende på forhånd mhp. at afdække muligheder for virtuelle fælles konsultationer og sikre sig, at den medicin, som borgeren evt. modtager som led i det andet hospitalsforløb, fortsat er lægefagligt velbegrunderet.
2. Kommunale sygeplejerske, centersygeplejerske eller fysioterapeut	<u>Udvælgelseskriterier</u> Hvis borgeren modtager kommunale sundheds- eller sociale ydelser kan den kommunal sundhedsperson, som borgeren er tilknyttet til, deltage. Hvis borgeren modtager en sygeplejeydelse kan hjemmesygeplejersken deltage. Hvis borgeren bor på plejehjem kan centersygeplejersken deltage Hvis borgeren modtager kommunal genoptræning/fysioterapi kan fysioterapeuten deltage <u>Alternativer</u> Vedkommende erstattes ikke.

Bilag 2. Procedure for udvælgelse af SKARB MDT konference deltagere - pilotprojekt.

2. Specialesygeplejerske fra Regionshospitalet Viborg, Skive	<u>Udvælgelseskriterier</u> Hvis borgeren er tilknyttet en specialesygeplejerske på hospitalet fx ilt- eller diabetessygeplejerske inviteres vedkommende til at deltage. <u>Alternativer</u> Vedkommende erstattes ikke.
2. Pårørende	<u>Udvælgelseskriterier</u> Borgerens nærmeste pårørende, oftest angivet som borgerens primære kontakt i MidtEPJ, deltager, hvis borgeren ønsker det. <u>Alternativer</u> Er borgerens nærmeste pårørende forhindret i at deltage (fysisk eller virtuel) afgør borgeren om en alternativ pårørende skal inviteres.

Forventninger til deltagerne ved SKARB MDT og afvikling af MDT

Indledning

Du er inviteret til at deltage i en virtuel SKARB MDT konference omkring en multisyg borger sammen med borgeren, evt. pårørende og borgerens andre sundhedsprofessionelle. Navn og CPR-nummeret på borgeren er sendt til din indbakke i MidtEPJ (gælder regionsansatte).

Formål med MDT konference:

Er at udarbejde anbefalinger til en mere koordineret og samlet behandlingsplan for borgerens tværsektorielle behandlingsforløb.

Forventninger til din forberedelse (ca. 1 time):

At du har orienteret sig omkring borgerens aktuelle sygdomsmæssige situation i den tilgængelige journal

At du har forholdt sig til de med borgeren primære lægefaglig og sundhedsfaglige problemstillinger samt ønske om samlede behandlingsforløb, som fremgår af indkaldelses mail og senere i denne vejledning.

At du modtager farmaceutens anbefaling til ændringer i borgerens medicinliste via et telefonopkald kl. 13.55 (5 minutter før SKARB MDT konferencens start).

Forventninger til din deltagelsen i SKARB MDT konferencen (ca. 1 time):

At du tilgår SKARB MDT fra et roligt uforstyrret lokale og er klar i det virtuelle møderum ved MDT konferencens start.

At du har slukket/videregivet din vagttelefon e.l.

At du anvender "Række hånden op" markering og kobler mikrofonen fra, når du ikke har taletid.

At du taler lægmandssprog, således borger og evt. pårørende kan forstå dig.

At du sammen med ordstyren følger nedenstående skabelon og at du hjælpe til med, at tidsrammen for MDT konferencen på max 1 time overholdes.

Forventninger til dig efter SKARB MDT konferencen

At du efterlever du journalføringspligt ift. fx medicinændringer.

At du udfylder det elektroniske evalueringsskema, som du modtager af projektleder på mail efterfølgende.

Skabelon til afvikling af SKARB MDT konference

Tilstede skal være:

- Borger og evt. pårørende
- SKARB projektsygeplejerske
- Borgerens praktiserende læge

Bilag 3. Forventninger til deltagerne ved SKARB MDT konferencen

- Borgerens medicinske eller hjertemedicinske speciallæge(r)
- Faglig koordinator fra Skive Kommune (mødeleder)

Mulige deltagere:

- Anden involveret special læge fra hospital
- Kommunal hjemmesygeplejerske / centersygeplejerske eller terapeut
- Speciale sygeplejerske fra hospitalet

Dagsorden til MDT konferencen

1. Ordstyren byder velkommen - rammesætter MDT konferencen
2. Projektsygeplejerske laver en kort præsentation af borgeren - herunder
A; Borgerens kliniske lægefaglig problemstilling _____
B. Borgerens primære sundhedsfaglige problemstilling: _____
C. Borgerens ønske til samlede behandlingsforløb (organisatorisk): _____
- 3: Borgeren uddyber sine udfordringer, evt i samarbejde med projektsygeplejersken
- 4: Hver deltager angiver sygdomshistorik og status, særlig i forhold til de lægefaglige og sundhedsfaglige problemstillinger og evt. andre kliniske problemstillinger, som kan have indvirkning på borgerens behandlingsforløb.
5. Lægefaglig medicingennemgang med opfølgning på farmaceutisk gennemgang hvorefter FMK afstemmes.
6. Borgerens samlede behandlingsplan ud fra den kliniske problemstilling drøftes – hvor hver deltager igen kommer med indspil.
7. Deltagerne kommer med en anbefaling til en samlet behandlingsplan i de kommende 6 måneder, som borgeren giver samtykke til. Der aftales ansvars- og opgavefordeling for behandlingsplanen.
8. Projektsygeplejersken runder MDT konference af med kort opsummering af den samlede behandlingsplan og evt. praktiske tiltag i borgerens hverdagsliv.

Projektsygeplejersken vil efterfølgende evaluere MDT konferencen sammen med borgeren.

Projektsygeplejersken er ansvarlig for dokumentation og formidling af den samlet behandlingsplan i MidtEPJ, som sendes til samarbejdspartnere som korrespondancebrev. Borgeren vil modtage en skriftlig dokumentation af den samlede behandlingsplan (inkl. en tak for deltagelse)

SKARB – *samarbejde om borgerne*

Skive Sundhedshus – **K**ommune – **A**lmen praksis – **R**egion og **B**orger

Borger karakteristika, planlægning og fagligt indhold

SKARB fase 2

Version 4

Indhold

Resultater.....	3
Tabel 1. Borger karakteristika	3
Tabel 2. Alkohol, tobak og stofmisbrug	3
Tabel 3. Kommunale ydelser	3
Tabel 4. Vægt og BMI.....	4
Tabel 5. Tilburg Frailty Indicator	4
Tabel 6. Connor-Davidson resiliens-scala 10 (CD-RISC-10)	5
Tabel 7. Patientvurdering af behandling ved kronisk sygdom (PACIC spørgeskemaet)	5
Tabel 8. 17 Medicinske diagnoser	5
Tabel 9. 13 Ikke-medicinske diagnoser.....	5
Tabel 10. Andre kroniske diagnoser	6
Tabel 11. Antal kroniske diagnoser	6
Tabel 12. Sygdomsspecifikke parametre KOL og COPD Assessment Test.....	6
Tabel 13. Sygdomsspecifikke parametre diabetes mellitus	7
Tabel 14. Sygdomsspecifikke parametre hypertension	7
Tabel 15. Sygdomsspecifikke spørgeskema hjertesygdom (HeartQoL)	7
16. Planlægning og resultater af MDT	8
Tabel 17. Interval mellem inklusionssamtale og SKARB MDT	8
Tabel 18. Lægefaglige problemstillinger og konklusion.....	9
Tabel 19. Sundhedsfaglige problemstillinger og konklusioner.....	12
Tabel 20. Borgerens ønske til samlede behandlingsforløb og konklusion	14
Tabel 21. Sammenfatning af anbefalinger og konklusioner ved SKARB MDT konferencer....	15
Tabel 22. Kommunale indsatser ved MDT konferencerne	15

Resultater

I alt deltog 22 borgere med bopæl i Skive Kommune i SKARB MDT konferencerne.

Tabel 1. Borger karakteristika

	Antal borger 22
Alder	
≤65 år	10
66 - ≤ 75 år	6
>=76 år	6
Kvinder	12
Civilstand	
Gift eller samboende	11
Single (separeret eller fraskilt)	4
Single (enke eller enkemand)	4
Single (ugift)	3
Højest gennemførte uddannelsesniveau	
Kort uddannelse eller kortere kurser	6
Erhvervsmæssig uddannelse/faglært	9
Kort eller mellemlang videregående uddannelse 2-4 år	7
Lang videregående uddannelse	0
Nuværende beskæftigelse	
Beskæftigelse på hel- eller deltid	4
Studerende	0
Efterløn eller alderspension	14
Førtidspension eller dagpenge/kontanthjælp	4

Tabel 2. Alkohol, tobak og stofmisbrug

	Antal borger
Ugentlige alkoholindtag	
Intet indenfor de seneste 12 måneder	15
1 eller flere genstande	7
Tidligere højt alkoholforbrug, ja	5
Dagligt tobaksforbrug	
Cigaretter	5
Tidligere rygere	10
Misbrug (moderat eller væsentlig)	
Nej	22

Tabel 3. Kommunale ydelser

	Antal borger
Modtager kommunale ydelse/-r	4
Modtager ingen ydelser	18

Det har været muligt at angive flere ydelser

Tabel 4. Vægt og BMI

	Antal borger
Vægt	
<50 kg	0
51-≤80 kg	9
81-≤110 kg	10
111-≤140 kg	3
>140 kg	0
BMI	
< 18,5 (undervægtig)– 24,9 (normalvægtig)	7
≥25 - <30 (overvægtig)	4
≥30 - <35 (fedme klasse I)	7
≥35 (fedme klasse II-III)	4

Tabel 5. Tilburg Frailty Indicator

	Antal borger		
	Ja	Nogle gange	Nej
1. Føler du dig fysisk rask?	9		13
2. Har du tabt dig meget for nyligt uden at ville det? (meget = 3 kilo den seneste måned eller 6 kilo eller mere i de seneste seks måneder)	5		17
3. Har du problemer i dagligdagen på grund af, at du er dårlig gående?	15		7
4. Har du problemer i dagligdagen på grund af dårlig balance?	9		13
5. Har du problemer i dagligdagen på grund af dårlig hørelse?	5		17
6. Har du problemer i dagligdagen på grund af nedsat syn?	2		20
7. Har du problemer i dagligdagen på grund af nedsat kraft i hænderne?	10		12
8. Har du problemer i dagligdagen på grund af fysisk træthed?	15		7
9. Har du problemer med at huske?	1	9	12
10. Har du følt dig nedtrykt i den seneste måned?	6	4	12
11. Har du følt dig ængstelig i den seneste måned?	2	5	15
12. Er du god til at håndtere problemer?	19		3
13. Bor du alene?	12		10
14. Savner du sommetider at have mennesker omkring dig?	10	4	8
15. Får du tilstrækkelig med støtte fra andre mennesker?	17		5
Tilburg Frailty Indicator score*	Antal borger		
<5 (ikke skrøbelig)	9		
≥5 (=skrøbelig)	13		

Tabel 6. Connor-Davidson resiliens-scala 10 (CD-RISC-10)

	Antal borger
CD-RISC-10 score	
<29 (=ikke robust)	6
≥29 (=robust)	16

Tabel 7. Patientvurdering af behandling ved kronisk sygdom (PACIC spørgeskemaet)

PACIC scores gennemsnit	
Patient aktivering	2,32
Beslutningsstøtte	3,01
Målopnåelse	1,75
Opfølgning/koordinering	1,73
Overordnet score	2,1

Tabel 8. 17 Medicinske diagnoser

	Antal borger
1. Hypertension	13
2. Thyroideasygdom	4
3. Astma	5
4. Iskæmisk hjertesygdom	4
5. Gastroesophageal reflukssygdom	7
6. Diabetes	5
7. Kronisk obstruktiv lungesygdom	6
8. Irritabel tyktarmssyndrom	0
9. Funktionel eller opioid-induceret obstipation	-
10. Kronisk nyreinsufficiens	7
11. Atrieflimmer eller atrieflagren	7
12. Hjertesvigt	7
13. Psoriasis eller eksem	-
14. Inflammatoriske tarmsygdom	-
15. Bronkieektasi	4
16. Viral hepatitis	0
17. Kronisk levercirrose	-

*Det var muligt at afkrydse flere svar, da man kan forestille sig en borger, hvor frekvenskontrollerende behandling foregår på hospitalet og AK-behandling varetages af egen læge.

Tabel 9. 13 Ikke-medicinske diagnoser

	Antal borger
1. Depression	4
2. Angst eller tilpasnings-/belastningsreaktion	-
3. Kræft	6
4. Apopleksi eller TCI	-
5. Perifer vaskulær sygdom	-
6. Prostata sygdom (kun mænd)	5
7. Epilepsi	-
8. Skizofreni eller bipolar sindslidelse	0
9. Migræne	0
10. Anorexia eller bulimi, ja	0
11. Parkinson sygdom, ja	0
12. Multiple sclerose, ja	1
13. Rheumatoid arthritis, andre inflammatoriske polyarthriter eller systematiske bindevævssygdomme, ja	4

Tabel 10. Andre kroniske diagnoser

	Antal borgere
1. Komplex kronisk smertetilstand	14
2. Hørenedsættelse	8
3. Symptomatisk ukompliceret divertikel sygdom	5
4. Glaukom (grøn stær)	-
5. Blind eller svagt synet	4
6. Kronisk bihulebetændelse	4
7. Indlæringsvanskeligheder (IQ under 70)	0
8. Alkoholoverforbrug	-
9. Overforbrug af andre psykoaktive stoffer	0

Tabel 11. Antal kroniske diagnoser

	Antal borger
Borgere med 2 kroniske diagnoser	0
Borgere med 3 kroniske diagnoser	-
Borgere med 4 kroniske diagnoser	4
Borgere med 5 kroniske diagnoser	7
Borgere med 6 kroniske diagnoser	0
Borgere med ≥7 kroniske diagnoser	9

Tabel 12. Sygdomsspecifikke parametre KOL og COPD Assessment Test

Fem borgere med KOL.

Gold stadie	Antal borgere
Gold 1	0
Gold 2	3
Gold 3	0
Gold 4	3

GOLD; Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease

Sygdomsspecifik spørgeskema til måling af symptomer ved kronisk obstruktiv lungesygdom. Et kryds repræsenterer en borgers svar.

Jeg hoster aldrig	X		xx	xxx			Jeg hoster hele tiden
Jeg har slet ikke noget slim i lungerne	x			xxx	x		Mine lunger er helt fyldte med slim
Jeg har slet ikke trykken for brystet	xxxx			x			Jeg har meget trykken for brystet
Når jeg går op ad bakke eller går én etage op, bliver jeg ikke forpustet				x		xxxx	Når jeg går op ad bakke eller går én etage op, bliver jeg meget forpustet
Jeg er ikke begrænset i nogen aktiviteter hjemme				x	x	xxx	Jeg er meget begrænset i alle aktiviteterne hjemme
Jeg er tryk ved at forlade mit hjem på trods af min lungesygdom	xx		x	x		x	Jeg er slet ikke tryk ved at forlade mit hjem på grund af min lungesygdom
Jeg sover dybt				xxx	x	x	Jeg sover ikke dybt på grund af min lungesygdom
Jeg har masser af energi	x			x	x	xx	Jeg har slet ingen energi

En borger havde ikke udfyldt skemaet

Tabel 13. Sygdomsspecifikke parametre diabetes mellitus

Opnået behandling for HbA1C. Et kryds repræsenterer en borgers opnået behandlingsmål.

Opnået behandlingsmål	
HbA1c $\leq$ 48 mmol/L	X
HbA1c $\leq$ 53 mmol/L	X
HbA1c $\leq$ 58 mmol/L	X
HbA1c $\leq$ 58-70 mmol/L	X
HbA1c $\leq$ 70 mmol/L	X

<https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-mellitus/behandling-og-kontrol-af-type-2-diabetes/>

Tolkning: HbA1c $\leq$ 58 mmol/L er behandlingsmålet hos skrøbelige borger (lang diabetesvarighed, fremskreden alder, megen komorbiditet) og ved svingende blodglukose, hvor plyfarmaci inkluderer lægemidler med risiko for hypoglykæmi.

Tabel 14. Sygdomsspecifikke parametre hypertension

13 borger med hypertension

Opnået behandlingsmål	Antal borgere
Ja	4
Nej	9

<https://nbv.cardio.dk/hypertension>

Tabel 15. Sygdomsspecifikke spørgeskema hjertesygdom (HeartQoL)

12 borgere havde enten kronisk iskæmisk hjertesygdom, atrieflimmer eller hjertesvigt.

Har det inden for de sidste 4 uger voldt dig problemer at:	Nej	Lidt	En del	Meget
1. Gå indendørs på jævnt underlag	12	0	0	0
2. Udføre havearbejde, støvsuge eller bære indkøbsposer	2	2	2	6
3. Gå op ad en bakke eller trappe uden at stoppe	4	2	0	6
4. Gå mere end 100 m i rask tempo	4	1	2	5
5. Løfte eller flytte tunge genstande	3	2	2	5

Har du haft følgende problemer inden for de sidste 4 uger	Nej	Lidt	En del	Meget
6. Følt dig stakåndet	5	0	3	4
7. Følt dig fysisk begrænset	2	3	3	4
8. Følt dig træt, udmattet, med nedsat energi	2	2	3	5
9. Følt dig anspændt	8	2	2	0
10. Følt dig nedtrykt	7	4	1	0
11. Følt dig frustreret	6	4	1	1
12. Følt dig bekymret	6	4	0	2
13. Været begrænset i at udøve sport eller motion	3	0	0	9
14. Udføre arbejde i huset eller haven	3	3	1	5

16. Planlægning og resultater af MDT

Alle 22 SKARB MDT'er blev afholdt til det planlagte tidspunkt. Ved hver MDT var borgeren selv tilstede og syv borgere havde en pårørende med (hustru x 4, datter og svigersøn x 1, ægtefælle x 1 og datter til dybdegående medicinanamnese x 1).

SKARB projektsygeplejerske deltog sammen med borgeren i alle 22 MDT konferencer, 15 af dem blev afholdt i borgernes hjem og 7 blev afholdt i Skive Sundhedshus.

Borgerens praktiserende læge deltog virtuelt fra egen praksis i alle 22 MDT konferencer.

Borgernes første prioriterings medicinske/hjertemedicinske speciallæge deltog i 19 MDT konferencer. Første alternative medicinske/hjertemedicinske speciallæge deltog i to tilfælde og tredje alternative medicinske/hjertemedicinske speciallæge deltog i ét tilfælde. Årsagerne til, at først prioriterings medicinske/hjertemedicinske speciallæge ikke kunne deltage var A. Vedkommende havde fri, B. Skulle deltage i et længe planlagt overlægespeciallægemøde og havde overset dette ved accept til en start og C. Skulle implantere pacemakere.

Faglig koordinator fra Skive Kommune deltog i alle 22 MDT konferencer med virtuelt deltagelse sammen med SKARB projektsygeplejerske i 13 af tilfældene og fra en anden lokalisation (7 gange fra sit private hjem og 2 gange alene fra Skive Sundhedshus).

Til 8 MDT konferencer blev en anden speciallæge fra et hospital inviteret og deltog i 3 af MDT konferencerne. Grunden til, at den anden speciallæge fra hospital ikke blev inviteret i til 14 var 1. Ressourcemæssige årsager i fem af tilfældene. 2. Ikke skønnet relevant i fire tilfælde. 3. Forglemmelse i ét tilfælde. 4. Fulgt af en sygeplejerske i ét tilfælde. 5. Manglende årsag i tre tilfælde.

En kommunal sygeplejerske deltog i fire af MDT konferencerne, i tre af tilfældene sammen med borgeren og SKARB projektsygeplejerske fra Skive Sundhedshus og i ét af tilfældene fra borgerens hjem.

En specialesygeplejerske deltog virtuelt i fire af MDT konferencerne fra hhv. søvnklinikken, lungeklinikken, neurologisk klinik og hudklinikken.

Tabel 17. Interval mellem inklusionssamtale og SKARB MDT

	Median dage mellem inklusionssamtale og SKARB MDT konferencen (tidsinterval, dage)
22 SKARB MDT, total	18 (7-91)
1-10 SKARB MDT	8 (7-21)
11-22 SKARB MDT	32 (16-91)

Tabel 18. Lægefaglige problemstillinger og konklusion

Lægefaglige problemstillinger	Lægefaglig behandlingsplan
1. Åndenød ved mindste aktivitet	Anbefales anvendelse af Berodual frem for Trimbrow.
2. Træthed i hverdagen – dårlig/afbrud søvn	- Forslås alternativ behandling fx akupunktur eller kropsfysioterapi. - Henvises til søvnklinikken. - Vil blive indkaldt til ortostatisk blodtryksmåling. - Udfærdigelse af ny genoptræningsplan via neurologisk afdeling.
3. Manglende sammenhængende søvn – generet af vandladning. Træthed i dagtiden	- Blodtryksmedicin justeres. - Iværksættelse af væske-/vandladningsskema. - Starter behandling for obstipation. - Henvises til lungeklinikken til vurdering af allergi. - Henvises til dexascanning ved nefrolog.
4. Stakåndethed, hæs, vægtøgning	- Planlægges fornyet konsultation ved e.l. vedr. behandling for uro i benene. - Tilrådes rygestop mod hæsbed. - Planlægges konsultation ved e.l. vedr. stakåndethed i liggende stilling.
5. Prognose ift. gigtlidelse. Generet af tykke knæ.	- Anbefales at drøfte prognose ift. gigtlidelse ved næste kontrol i reumatologisk regi. - Anbefales at reducere forbruget af NSAID og starte pantoprazol. - E.l. skal fremover varetage kontrol af stofskiftet hvert halve år og Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme vil kontrollere stofskiftet årligt ved diabetes kontrollen.
6. Øget tendens til hjertekrampe. Er bekymret for, om hun har Transthyretin Amyloid kardiomyopati	- Mistanken om Transthyretin Amyloid kardiomyopati afkræftes. - Den øget tendens til hjertekrampe tolkes som reflux og der anbefales pantoprazol. - Udtrappes af Unixan. - Anbefales start på beroligende medicin
7. Langsom tiltagende forværring af åndenød.	- Anbefales god, alsidig kost - Henvises til Ekkokardiografi i Skive - Henvises til PET scanning af hjertet i Viborg
8. Lungeproblemer. Vil gerne undgå spirometri ved lungekontroller.	- Reduktion af Oramorph dråber - Opfordres til årskontroller ved e.l. - Opfordres til selvtræning x 3/uge
9. Tør hoste. Prognose ift. hjertesygdom. Afklaring ift. arbejdsdygtighed	- Tør hoste kan skyldes ramipril som ændres. Hvis hosten ikke ændres planlægges udredning for KOL. - Medicinsk behandling for atrieflagren omlægges (frekvensregulerende og AK-behandling) - Raskmeldes hjertemæssigt for nuværende - Henvises til skintigrafi af skjoldbruskkirtlen - Vejledes i rettidig kontakt til almen praksis mhp. at etablere et bedre samarbejde omkring pts helbred. - E.l. og pt aftaler at drøfte indikation for dexta scanning efter overstået operation.
10. Muligheder for bedring af hjertes pumpefunktion og behov for udredning af hendes børn.	- Hjertemæssigt er hun optimere bedst muligt. Ingen grund til udredning af børn for hjertesygdom - Tilbydes coronavaccine - Der er planlagt dexta scanning i 2022, som er afgørende ift. osteoporose behandling.

Spørgsmål vedr. coronavaccine. Spørgsmål vedr. fortsat behandling for osteoporose	• Informeres omkring mulighed for henvisning til rgt., hvis smerter omkring tidligere brud, som er behandlet med søm og skruer, fortsætter.
11. Hyppige vandladninger. Bekymring vedr. konstateret cyste. Ønske om, at Bramino udleveres fra hospitalet.	• Besluttet at pt. tager dialog med e.l. om evt. operation for forstørret prostata • Besluttet at pt. drøfter reduktion i vanddrivende medicin med e.l. • Cysten er vurderet på AUH og der er ingen grund til bekymring. • Aftaler at drøfte fortsat indikation for Bramino ved næste kontrol i klinik for mavetarmsygdom. • Speciallæge vil undersøge, om Bramino kan udleveres fra hospitalet.
12. Spørgsmål bivirkninger til cordarone. Fysisk træthed. Kan det skyldes søvnapnø? Spørgsmål vedr. interaktion mellem kosttilskud og medicin.	• Det fastslås, at de oplevede ledgener ikke kan skyldes cordarone behandling. • Anbefales at bestille tid ved øjenlæge grundet lysglimt. • Betablokker pauseres i et forsøg på at imødekomme træthed. Kolesterolssænkende behandling ændres til indgift om aftenen. • Behandling for søvnapnø er reguleret for 2 dage siden. Der aftales opfølgning om 14 dage via telefon. • Fik af farmaceuten svar på spørgsmål vedr. interaktion ml. kosttilskud og medicin. • Tildeles tid hos e.l. til rygundersøgelse.
13. Afklaring ift. nyretransplantation, hvor udredning er iværksat. Løs mave	• Ønske posedialyse i mellemtiden inden transplantation. • Det accepteres, at pt. spiser op til 250 ml yoghurt på trods af nyrefunktion grundet løs mave.
14. Muligheder for at opnå behandlingsmålene for hypertension og nyrefunktion. Svimmelhed. Andre muligheder for smertelindring? Enten dosispakket medicin eller medicindosering af sygeplejeklinikken.	• Ændret doseringstidspunkt af blodtrykssænkende medicin til aften for at imødekomme svimmelhed. • Tillæg af vanddrivende behandling for optimering af blodtrykket. • Videre kontrol af nyrefunktion er planlagt i Klinik for nyresygdomme • Gemadol dosis øges • Farmaceuten gør opmærksom på, at mirtazepin kan give "hangover" ind på formiddagen grundet nedsat nyrefunktion. E.l. og pt. vil tage dette med i betragtningen. • E.l. rekvirerer hjælp til medicindosering via sygeplejeklinikken.
15. Hvem styrer behandling efter gastric bypass operation? Mulighed for reduktion af medicinske præparater herunder epilepsimedicin. Træthed. Muligheder for at forebygge urinvejsinfektion.	• Bestiller blodprøve vedr. epilepsimedicin. • Ophører med b-vitamin tilskud • Betablokker præparat ændres i håbet om at imødekomme trætheden. • Olanzapin dosis halveres for at imødekomme trætheden. • E.l. og pt. aftaler opfølgning ift. trætheden. • Plejecenteret måler blodtryk og sender disse til e.l. • Ingen indikation for forebyggende antibiotika for urinvejsinfektion. • Der iværksættes væske-/vandladningsskema. • Fokus på korrekt tørretnings teknik efter toiletbesøg. • Øget Vagifem dosis
16. Træthed, uro i benene og ømme	• Omlægning af hjertemedicin for at imødekomme trætheden • Dosisøgning af medicin for uro i benene. • Anbefales at anvende sin PEEP fløjte og Granon som slimløsende.

overarmsmuskler. Hoste med slim.	
17. Spørgsmål vedr. sammenhæng ml. periodevis lavt blodsukker og træthed. Kvalme og smertebehandling.	• Regulering af diabetes medicin jf. som patienten tager det, da hun ellers får kvalme. • Ingen sammenhæng ml. blodsukker og træthed. • Anbefales at tage Innovair som foreskrevet. • Anbefales at genoptage forebyggelse behandling for pneumoni i vintermånederne. • Tager Ibuprofen, som ikke er ordineret, hvilket opfordres reduceret. • Aftaler at e.l. er tovholder på smertebehandling og sender henvisning til smerteklinikken. • Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme vil vurdere behov for fornyet dexamethason scanning.
18. Optimering af behandling for diabetes. Ønsker at ophøre med kolesterolbehandling grundet påvirket hukommelsen.	• Anbefales at drøfte optimering af behandling for diabetes ved næste kontrol i Klinik for nyresygdomme • Overvejelser vedr. ophør med Amlodipin • Kolesterolbehandling pauseret og der måles kolesterolalt ved næste kontrol i Klinik for Diabetes og hormonsygdomme. • Blodtryksænkende behandling optimeres. • Det besluttet at calcium niveauet skal kontrolleres. • E.l. tilbyder hjemmebesøg ift. mentale tilstand, hvis pt. ønsker det. Pt. ønsker ikke det for nuværende.
19. Åndenød. Er der indikation for at gentage iltoptagelsesundersøgelsen?	• Medicinsk behandling for åndenød er optimeret allerede, så ingen indikation for iltoptagelsesundersøgelse. • Anbefales fysisk træning og vægttab. • Planlægges afsluttet fra lungeklinikken til e.l. efter næste kontrol.
20. Vekslede afføring. Smerter og træthed – mulighed for retalin behandling, som prøvet tidligere ifm. projekt?	• Er udredt for vekslende afføring og der allerede aftalt tid ved diætist. Næste skridt er henvisning til Klinik for Mave-tarmsygdomme. • Aftaler at e.l. og pt. omlægges smertestillende behandling efter anvisninger fra farmaceut. • Retalin behandling kan ikke genoptages for nuværende, da det var projektbehandling.
21. Svimmelhed og utilpashed – er der behov for justering af hjertemedicin. Forbyggende behandling for anfald af gig. Smertestillende.	• Anbefales at fortsætte med vægttab som forebyggelse mod forværring af hjertesygdom. • Instrueres i at tage ekstra dosis betablokker ved anfald af uregelmæssig hjerterytme. • Rådgivning ift. hvordan justering af fast hjertemedicin kunne foregå, hvis der bliver behov herfor. • E.l. vil tage kontakt til lungelægerne ift. fund ved CT af lungerne foretaget tidligere. • Der planlægges justering af forebyggende behandling for mavesyre ved e.l. • Der gives anbefalinger vedr. smertestillende behandling. " • Der sendes korrespondance til gigtlægerne ift. svar på undersøgelser ift. sovende fornemmelse af hånden.
22. Åndenød. Neuropatiske smerter	• Ny medicin til anfalds behandling iværksættes. • Anbefales fysisk træning • Aftaler at e.l. følger op, hvis pt ønsker ændringer i den blodtrykssænkende medicin. • Jernbehandling ophører

Tabel 19. Sundhedsfaglige problemstillinger og konklusioner

Sundhedsfaglige problemstilling	Sundhedsfaglig behandlingsplan
1. Rygestopstilbud under corona venlige forhold og Champix behandling.	- Tilbydes individuelt rygestops forløb. - Aftaler at gå til e.l. mhp. Champix behandling
2. Rygestopstilbud	- Tilbydes individuelt rygestops forløb. - Anbefales fysioterapeutisk vurdering ift. genoptræning (skal selv bede om henvisning via neurologisk afdeling) - Tilbydes fornyet vejledning ved ergoterapeut ift. energiforvaltning i dagligdagen.
3. Vedligeholdelsestræning	E.l. laver henvisning til vederlagsfrit fysioterapi.
4. Fysisk træning i varmt vands bassin under fuldtidsarbejde	- Fysisk træning i varmt vands bassin ikke muligt i kommunalt regi. - Oplyses om mulighed for fysisk træning i varmt vands bassin via Skive Handicap Idræts forening alternativt udfærdigelse af genoptræningsplan af Gigtlægerne.
5. Vedligeholdelses-træning	- Der er ikke et kommunalt træningstilbud. Anbefales privat udbyder. - Udleverer mail adresse på faglig koordinator, hvis pt ønsker vejledning i nye øvelser.
6. Træningstilbud	Efter afklaring af hjertesygdom kan hjertelægerne udfærdige genoptræningsplan. Alternativt kan der arrangeres et forløb via kommunal faglig koordinator (mail udleveres) alternativt træning via app.
7. Muligheder for vedledning i hjemmetræning for ryggen og vejrtrækningsøvelser.	- Informeres om mulighed for henvisning til hjemmetræning og træning på Møllegården ved kontakt til e.l. eller Skive Sundhedshus. - Anbefales at lave stræk af rygmuskulaturen.
8. Vejledning i hjælpemidler	- Tilbud om at deltage i virtuelt træning i kommunalt regi under covid, men det ønsker pt. ikke - Anbefales kontakt til visitator vedr. hjælpemidler.
9. %	- Orienteres om tilbud om hjælp til livsstilsændringer - Orienteres om mulighed for henvisning til træning i Skive Sundhedshus efter operation
10. Vedligeholdelses-træning	Ikke indikation for vedligeholdelses træning i kommunalt regi.
11. Træning mod rygsmerter.	- Ikke indikation for at genåbne tidligere træningsforløb for rygsmerter i kommunalt regi - Informeres om vigtigheden af vedligeholdende træning på eget initiativ – også selv om det gør ondt ved træningsstart. - Tilbydes træningsforløb på Møllegården. - Oplyses om mulighed for fornyet diætist vejledning ved behov.
12. Genoptræning efter fald	- Henvises til hjælp til kostomlægning og vægttab. - Det er allerede besluttet, at pt. genoptager deltagelse på hjertehold.
13. Mulighed for træning efter evt. transplantation	- Informeres omkring vigtigheden af at vedligeholde nuværende funktioner før transplantation. - Efter transplantation vil man kunne udfærdige en genoptræningsplan.

	• Informeres omkring træningshold for dialysepatienter på Regionshospitalet Viborg. • Tilbydes vejledning fra kommunal fysioterapeut om øvelser
14. Deltagelse på livsstilshold	• Aftaler at fysioterapeut kommer hjem til pt. mhp. etablering af hjemmetræningsprogram. • Tilbydes deltagelse på træningshold på Møllegården. • Aftaler ergoterapeutisk vurdering i hjemme ift. hjælpemidler til afhjælp af svimmelhed.
15. Muligheder for genoptræning efter knæoperation	• Vejledes i genoptræningsforløb efter operation sideløbende med vederlagsfrit fysioterapi. • Informeres omkring mulighed for fornyet diætist vejledning.
16. Muligheder for hjælpemidler	• Der aftales fornyet besøg af ergoterapeut mhp. hjælpemidler. • Aftaler vedligeholdende træningsforløb i hjemmet.
17. Opfølgning på møde ift. bevilling af hjælpemidler	• Aftaler at der iværksættes nyt træningsforløb evt. i Skive Sundhedshus, når det nuværende forløb afsluttes. • Sygeplejerske undersøger, om pt. kan få bevilget en kørestol, el-scooter med taxakørsel og klippekort ordning.
18. Træning. Diætvejledning. Hjælp til at begå sig i den digitale verden.	• Tilbydes udfærdigelse af genoptræningsplan, men takker nej. • Tilbydes diætistvejledning, men takker nej. • Opfordres til at tage kontakt til Borgerservice i Skive Kommune og få hjælp af en borgerrådgiver vedr. hjælp til digitale udfordringer.
19. Mulighed for træningsforløb i hjemmet.	• Der aftales et træningsforløb i hjemmet med et mål, at pt selv kan vedligeholde træning. • Informeres om tilbud om diætistvejledning.
20. Diætvejledning	• Der er allerede aftalt tid ved klinisk diætist, RH Viborg. • Tilbydes ergoterapeutisk vurdering og vejledning ift. energiforvaltning.
21. Fastholdelse af vægttab	• Træning er planlagt allerede. • Tilbydes mulighed for hjælpemidler til håndledssmerter og ergoterapeutiske vejledning efter henvisning fra gigtlægerne.
22. Mulighed for vedligeholdende træning	• Henvises til træningsforløb via sundhedshuset, hvor fysioterapeut først vil komme i hjemmet og give træningsvejledning og senere fortsætte på træningsforløb på Møllegården.

Tabel 20. Borgerens ønske til samlede behandlingsforløb og konklusion

Ønske til samlede behandlingsforløb	Plan for sammenhængende behandlingsforløb
1. At få mulighed for at opstarte KOL i exa behandling hjemme	- Vil ved næste besøg i lungeklinikken blive set af KOL sygeplejerske. - Vil modtage fornyet undervisning i at leve med KOL og anvende prednisolon ved forværring.
2. %	%
3. %	%
4. Anvende videokonsultation frem for fysisk fremmøde. Mulighed for udlevering af gigtmicin i Skive.	- Der tænkes telefon og videokonsultation med endokrinologerne fremadrettet - Det tænkes videokonsultation med gigtlægerne, men det er ofte uhensigtsmæssigt, da der er behov for klinik undersøgelse. - Projektsygeplejersken vil undersøge, om gigtmicin kan blive udleveret på Skive Sundhedshus.
5. Reduceret antal kontroller	- Det aftales, at de fremtidige diabeteskontroller overgår til årlige kontroller i Skive. - E.l. overtager kontrol af stofskiftesygdom x 1 årligt og Klinik for Diabetes og Hormonsygdomme varetager kontrol af stofskiftesygdom ifm. årlig diabetes kontrol
6. Undgå fysisk fremmøde i hjerteklinikken	Der aftales ingen ændringer.
7. %	%
8. Ønsker fortsat besøg af iltsygeplejerske	Fastholder besøg af iltsygeplejerske.
9. %	Aftaler at bruge e.l. mere, når behovet opstår.
10. Ønsker fortsat at blive fulgt med scanning af hjertet	Planen fortætter uændret.
11. %	%
12. %	%
13. Har behov for at blive fulgt af specialklinikkerne for sine kroniske sygdomme	Fortsætter hermed.
14. Ønsker at e.l. er hendes "bagstopper"	Det accepteres, at pt. bestiller recepter på astmamedicin, vanddrivende og smertestillende hos e.l.
15. Ønsker fortsat kontrol/besøg af e.l.	E.l. følger op som hidtil.
16. %	%
17. %	%
18. %	%
19. %	%
20. %	%
21. %	%
22. %	%

Tabel 21. Sammenfatning af anbefalinger og konklusioner ved SKARB MDT konferencer

	Antal
Praktiserende læge	
Konsultation ved egen læge	6
Vedledes i rettidig kontakt til egen læge	1
Hospitalsforløb overtages af egen læge	1
Kommune	
Rygestop	3
Hygiejne	1
Hjælpemidler	4
Borgerservice	1
Kost og motion	15
Genoptræning	5
Medicinadministration	1
Ekstra observation	1
Hospital	
Henvises til nyt behandlingsforløb/undersøgelse	5
Ændringer af eksisterende behandlingsforløb	3
Andet	10

Tabel 22. Kommunale indsatser ved MDT konferencerne

Aftalt kommunal indsats	Antal borgere
Diætistvejledning	2
Rygestop	3
Rusmiddelsafvænning	0
Træningsindsats	5
Psykiatri	0
Anden indsat aftalt	3
I alt aftale indsatser	13
Rådgivning ydet	17
Kost	4
Rygestop	2
Muligheder for træning	14
Mulighed for henvisning til vederlagsfrit fys	1
Andet	2*

*Mulighed for hjælpemidler, vejledning i hjælpemidler, handicapkørsel og ansøgning af klippekort til hjemmeplejen

SKARB – *samarbejde om borgerne*

Skive Sundhedshus – **K**ommune – **A**lmen praksis – **R**egion og **B**orger

Ressourceforbrug og evalueringer

SKARB MDT konferencer

SKARB fase 2

Version 2

Indhold

Datakomplethed, deltagernes baggrund og tidsforbrug	3
1. Datakomplethed	3
Tabel 2. Sundhedsprofessionelle SKARB MDT deltagere	3
Tabel 3. Personale tidsforbrug til SKARB MDT konferencerne	4
Tabel 4. Varighed af konferencen og årsager til forsinket start	4
De sundhedsprofessionelles evalueringer	5
Figur 1. Forventninger til borgerens samlede behandlingsplan	5
Figur 2. Forventninger til øget samarbejde mellem behandlere	5
Figur 3. Forbedret adgang til borgerens øvrige behandlere	6
Figur 4. Grad af tilfredshed med aftalte anbefalinger	6
Figur 5. Forventninger til behandlingen af borgerens sygdomme	7
Figur 6. Forventninger til bedre behandling af borgerens sygdomme	7
Figur 7. Sundhedsfaglig værdi	8
Figur 8. Deltagernes mulighed for at komme med input	8
Figur 9. Samlede oplevelse af videokonferencen	9
Borger evalueringer	10
Figur 10. Borgerens forventninger	10
Figur 11. Forbedret adgang til behandlere	10
Figur 12. Brug af videokonsultation igen	11
Figur 13. Foretrukken konsultationsform	11
Figur 14. Tilfredshed med samlede behandlingsplan	12
Figur 15. Villighed til at følge behandlingsplanen	12
Figur 16. Forventninger til behandling af mine sygdomme	13
Figur 17. Samlet oplevelse af videokonferencen	13
Evaluering af den tekniske del af videokonferencen	14
Figur 18. Login problemer	14
Figur 19. Tekniske problemer undervejs	14
Figur 20. Billedkvalitet	15
Figur 21. Lydkvalitet	15
Manglende borgertilfreds versus sundhedsfaglig værdi	16
Tabel 5. Manglende borgertilfredshed (forventninger til bedre behandlet sygdomme)	16
Tabel 6. Manglende borgertilfredshed (forbedret adgang til behandlere)	16
Evaluering af medicingennemgang	17
Tabel 7. Præparatændringer	17

Datakomplethed, deltagernes baggrund og tidsforbrug

1. Datakomplethed

83 ud af de 84 sundhedsfaglige deltagere og alle deltagende borgere udfyldt et evalueringsskema, således datakomplethed 99%.

Farmaceuterne fik ikke tilsendt et evalueringsskema. Information vedr. farmaceuternes tidsforbrug er indhentet retrospektivt.

Tabel 2. Sundhedsprofessionelle SKARB MDT deltagere

Følgende faggrupper deltog i de 22 SKARB MDT konferencer

	Antal
Fra almen praksis i alt, fordelt på	22
Borgerens praktiserende læge	22
Fra Skive Kommune i alt, fordelt på	28
Faglig koordinator	22
Kommunal sygeplejerske	6
Fra Regionshospitalet Viborg Skive, fordelt på	74
Speciallæger fra Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme	22
Speciallæge fra andre afdelinger ¹	3
1. reservelæger fra Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme	1
1. reservelæger fra andre afdelinger	0
Kliniske sygeplejersker fra Medicinsk afdeling og Hjertesygdomme	2
Kliniske sygeplejersker fra andre afdelinger	2
Projektsygeplejerske	22
Hospitalsfarmaceut	22
Fra andre hospitaler i Region Midtjylland, fordelt på	4
Speciallæger	4
Samlet antal sundhedsfaglige deltagere ved 22 MDT konferencer	128

¹En speciallægerne besvarede ikke evalueringsskemaet

Tabel 3. Personale tidsforbrug til SKARB MDT konferencerne
inkl. dokumentation ved projektsygeplejerske efter SKARB MDT konferencerne.

	Forberedelse	SKARB MDT konferencen inkl. formøde	I alt
Almen praksis i alt	632	1.071	1.703
Borgerens praktiserende læge	632	1.071	1.703
Skive Kommune i alt	835	1.363	2.198
Faglig koordinator	736	1.071	1.807
Kommunal sygeplejerske	99	292	391
Fra hospitalet i alt	15.457	3.302	18.759
Farmaceut	2.530	770	3.300
Speciallæger og 1. reservelæger	747	1.266	2.013
Kliniske sygeplejersker	36	195	231
Projektsygeplejerske ¹	10.824	1.071	11.895
Sekretær	1.320	-	1.320
Samlet tidsforbrug	16.924	5.736	22.660²

*Deltagerne har angivet deres forberedelsestid ved at markere et tidsinterval. Ved udregning af gennemsnit indgår intervallets midterste minuttal.

¹Tidsforbrug for projektsygeplejerskens forberedelsestid udgør: Arrangere møde hos borgeren, transport til og fra borgers hjem mhp. dataindsamling og udarbejdelse af oplæg til drøftelse ved SKARB MDT konferencen, arrangere og indkalde SKARB MDT konference deltagere, forberedelse af oplæg til konferencen, transport til og fra SKARB MDT konferencen, deltagelse med farmaceut og dokumentation efter konferencen (samskrivning til journal og sende korrespondancer til de involverede parter og borgeren).

²Svarer til 17,2 timer/SKARB MDT konference

Tabel 4. Varighed af konferencen og årsager til forsinket start

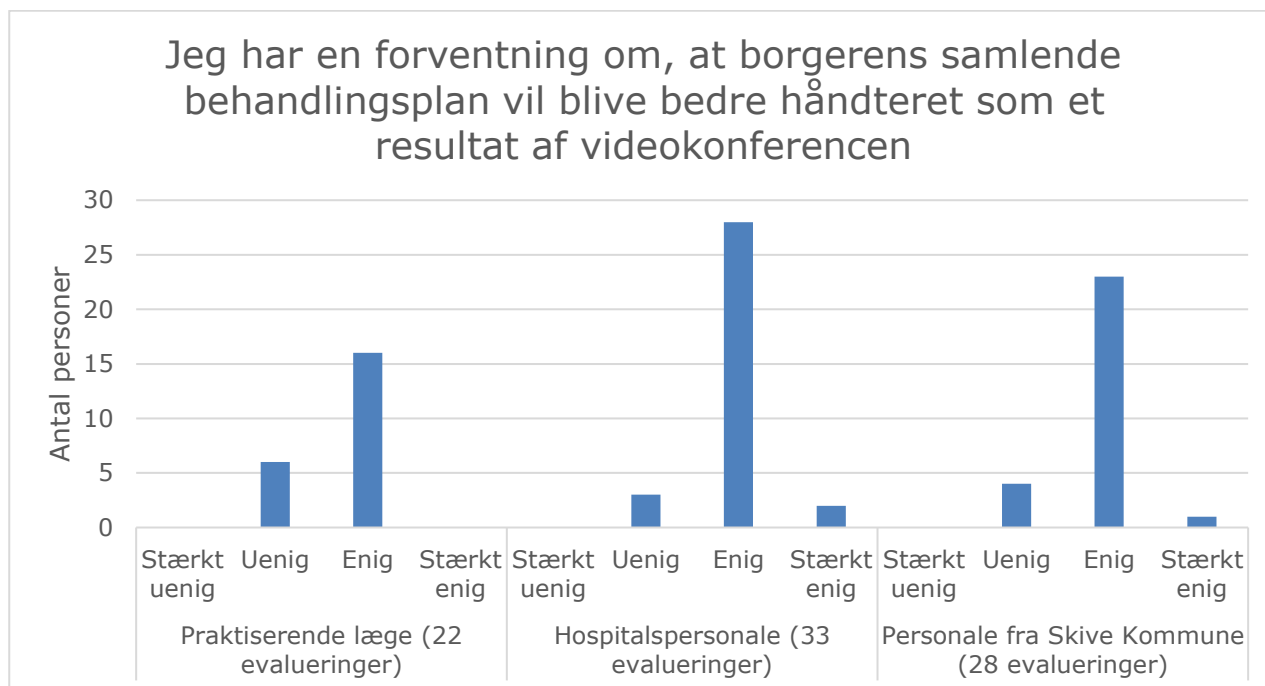
Gennemsnit varighed af SKARB MDT konferencen: 48,70 minutter

Vurderet ud fra projektsygeplejerskens angivelse af start og sluttidspunkt for konferencen fratrullet det indledende møde med farmaceuten.

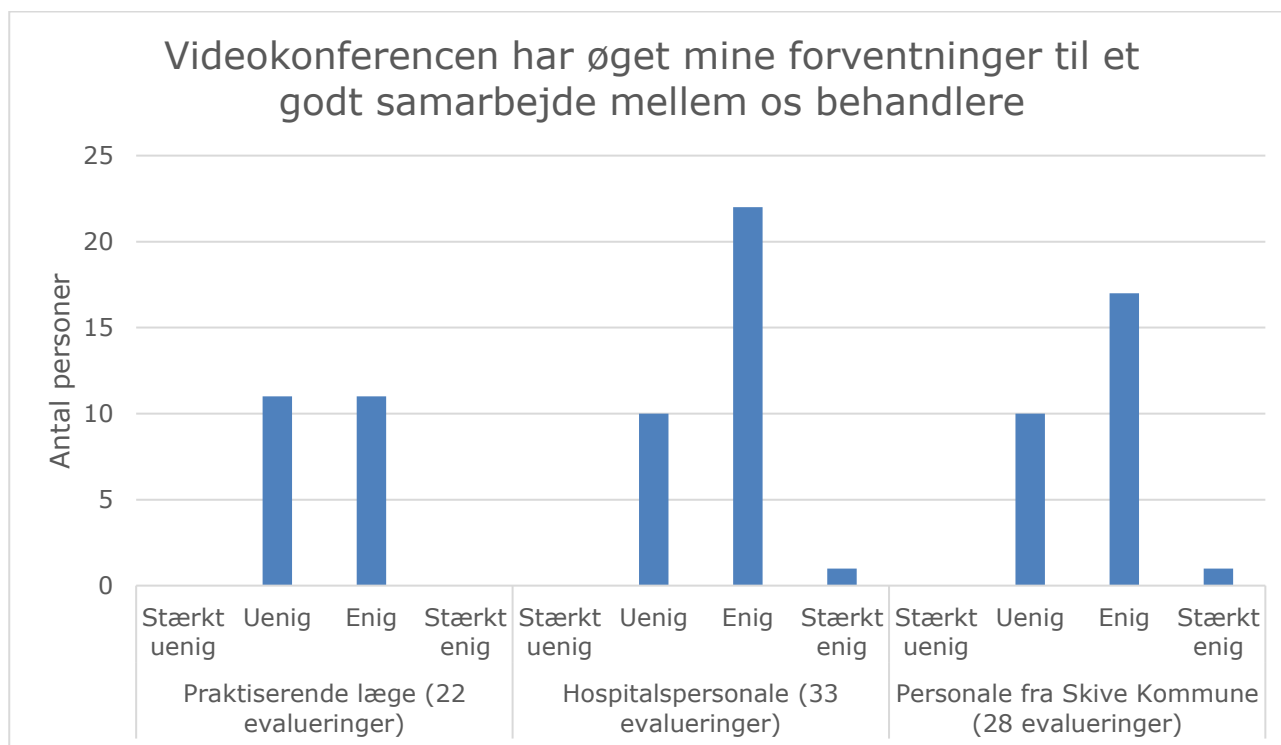
Fire ud af de 22 SKARB MDT konferencer startede ikke til tiden. Herunder fremgår begrundelsen herfor:

Oplyste grunde til, at MDT konference ikke startede til tiden
Den ene speciallæge var syg, hvilket tog tid af finde ud af
Speciallægen var ikke færdig med at tale med farmaceuten
Ventede på den medicinske speciallæge

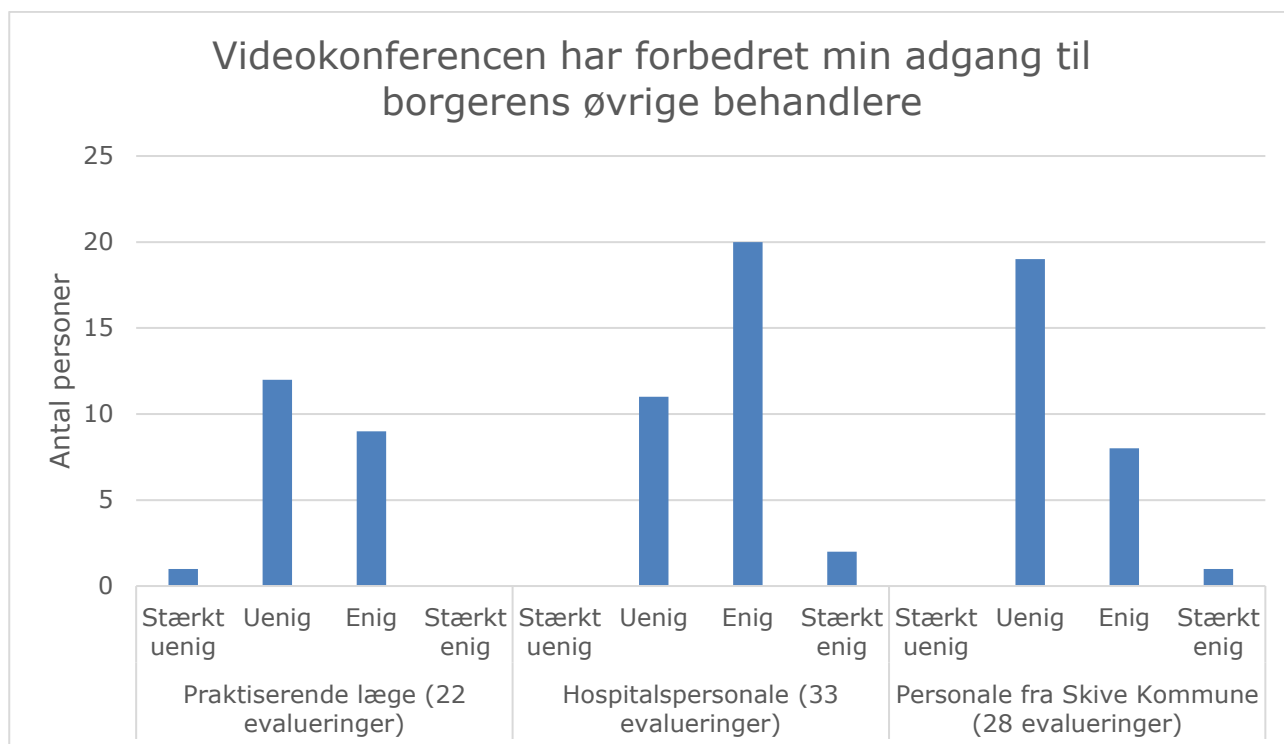
De sundhedsprofessionelles evalueringer



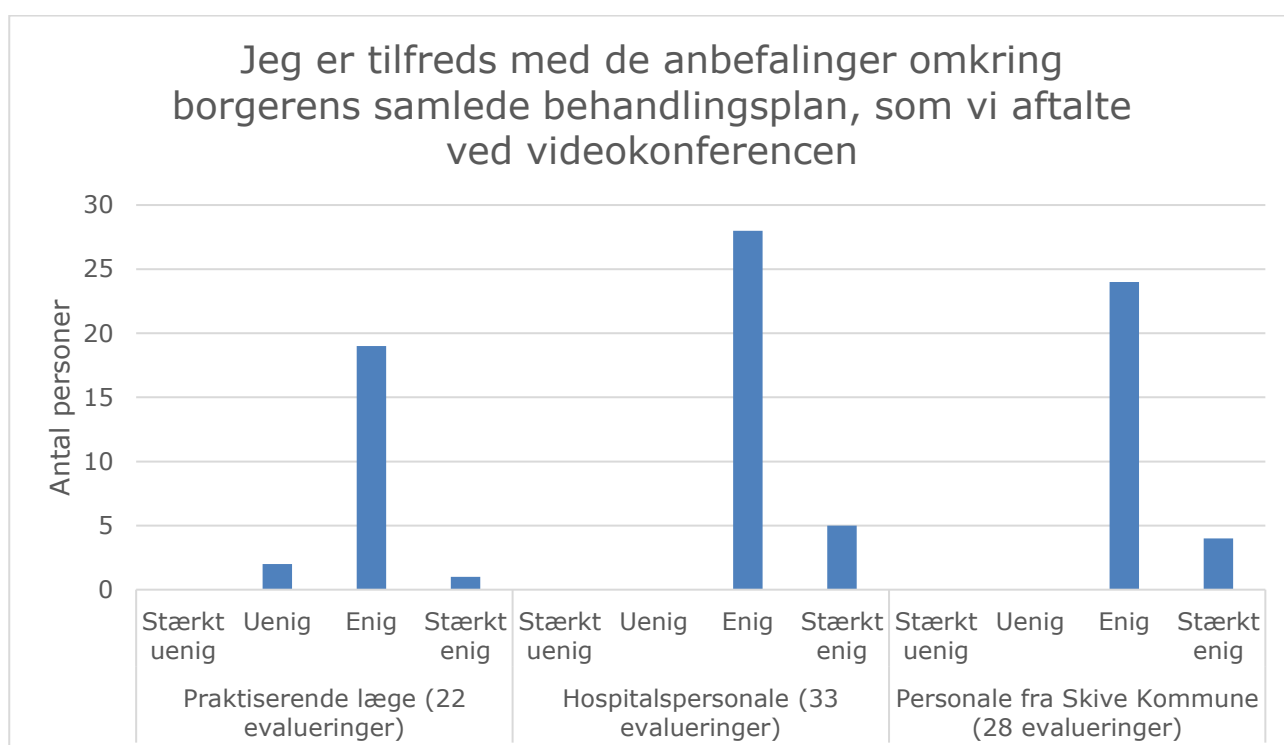
Figur 1. Forventninger til borgerens samlede behandlingsplan



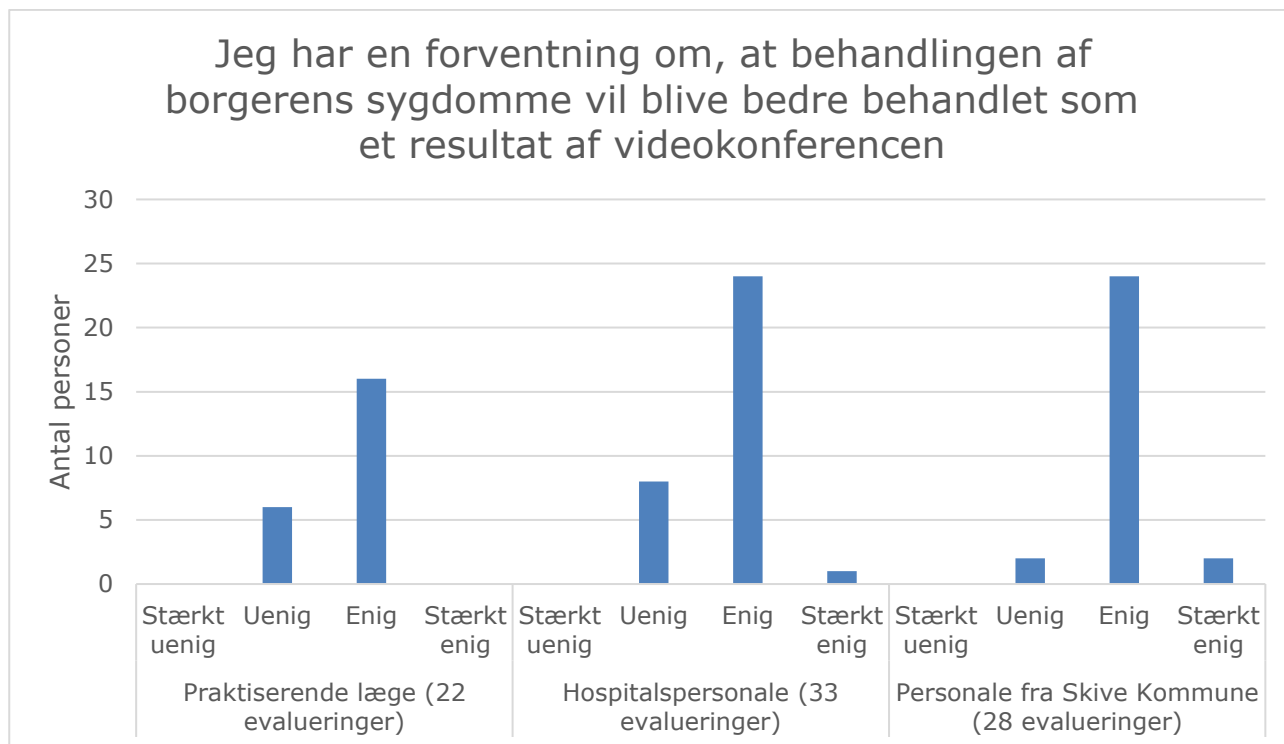
Figur 2. Forventninger til øget samarbejde mellem behandlere



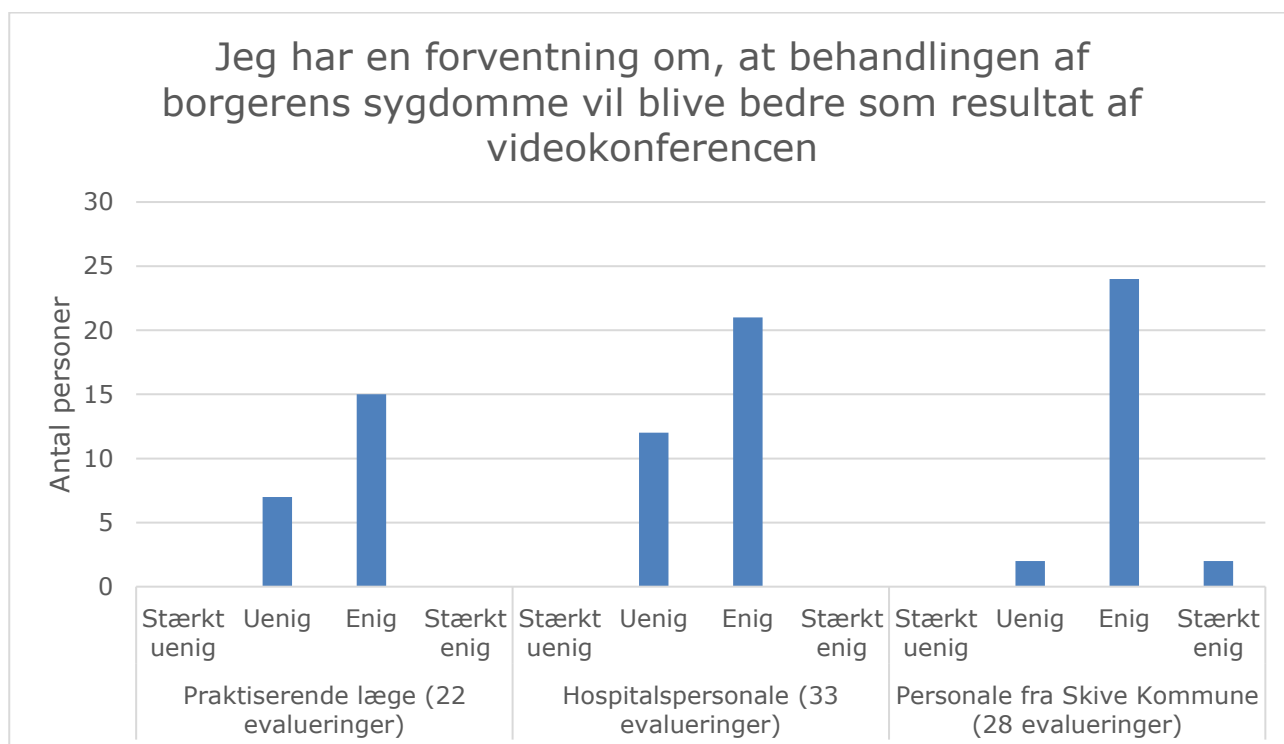
Figur 3. Forbedret adgang til borgerens øvrige behandlere



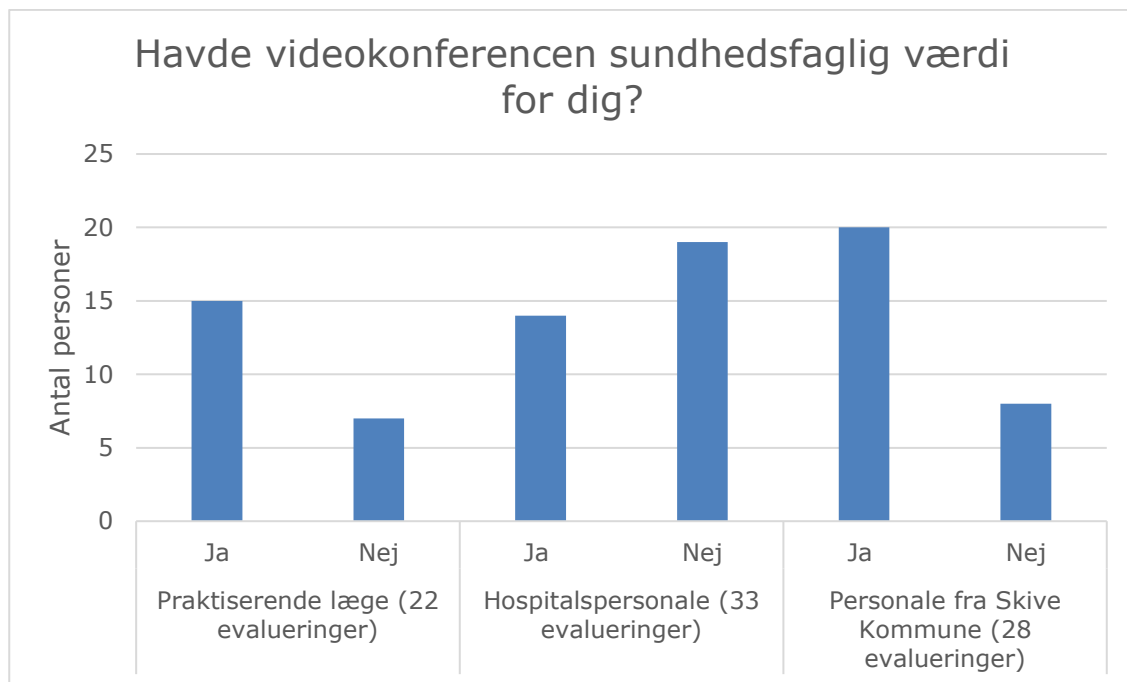
Figur 4. Grad af tilfredshed med aftalte anbefalinger



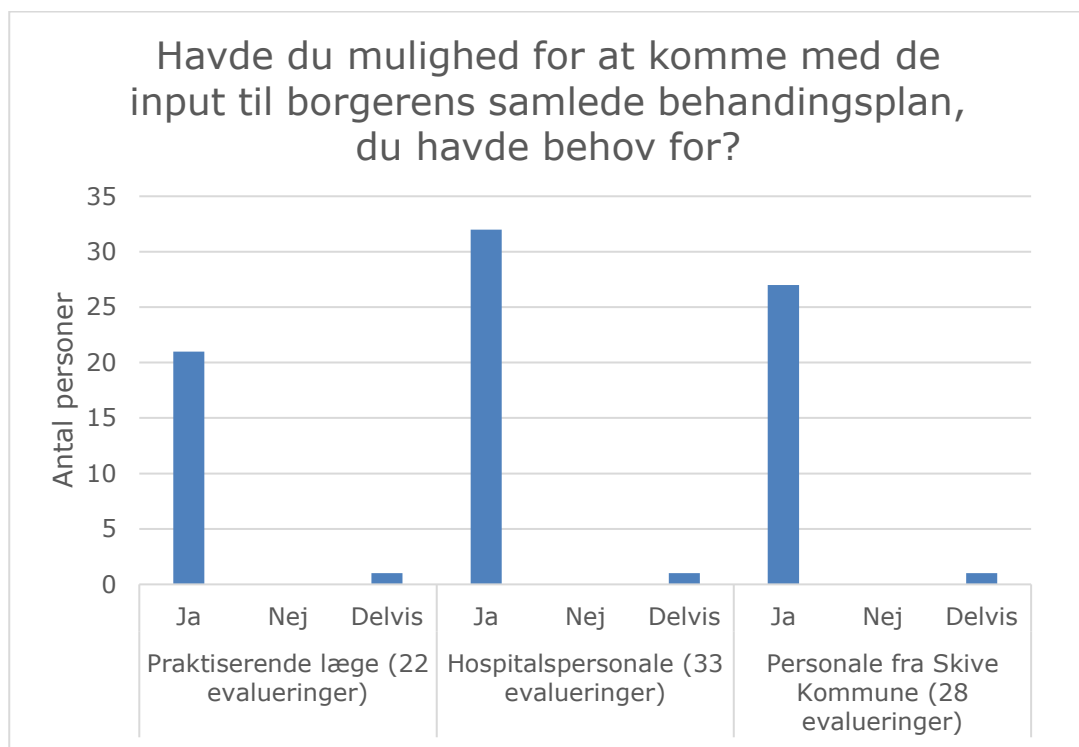
Figur 5. Forventninger til behandlingen af borgerens sygdomme



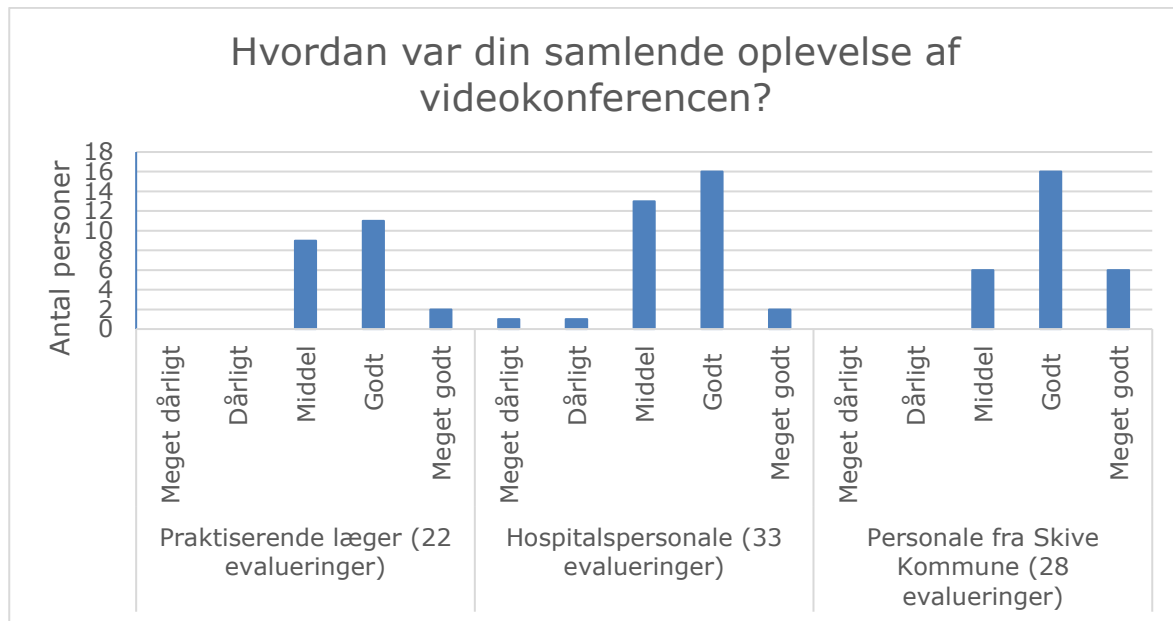
Figur 6. Forventninger til bedre behandling af borgerens sygdomme



Figur 7. Sundhedsfaglig værdi

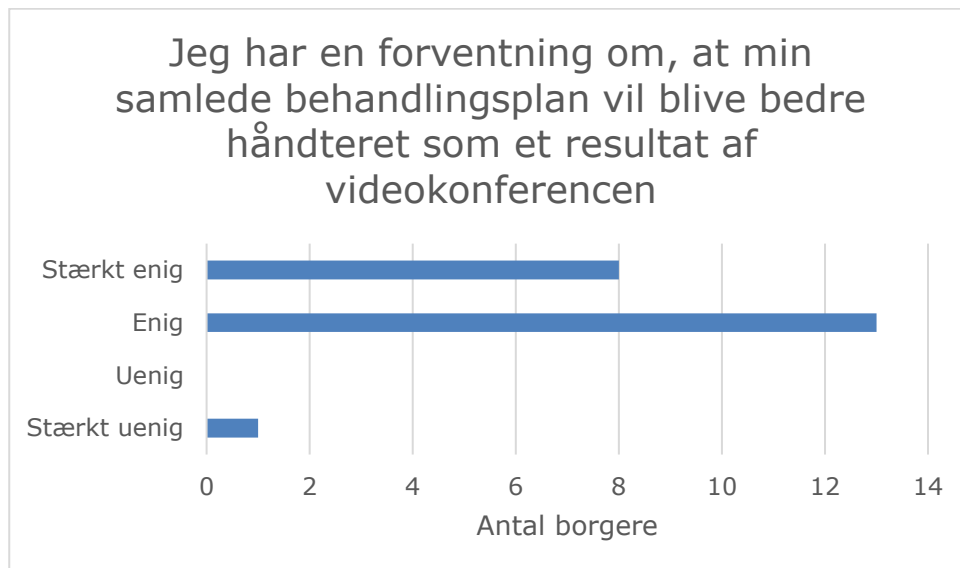


Figur 8. Deltagernes mulighed for at komme med input

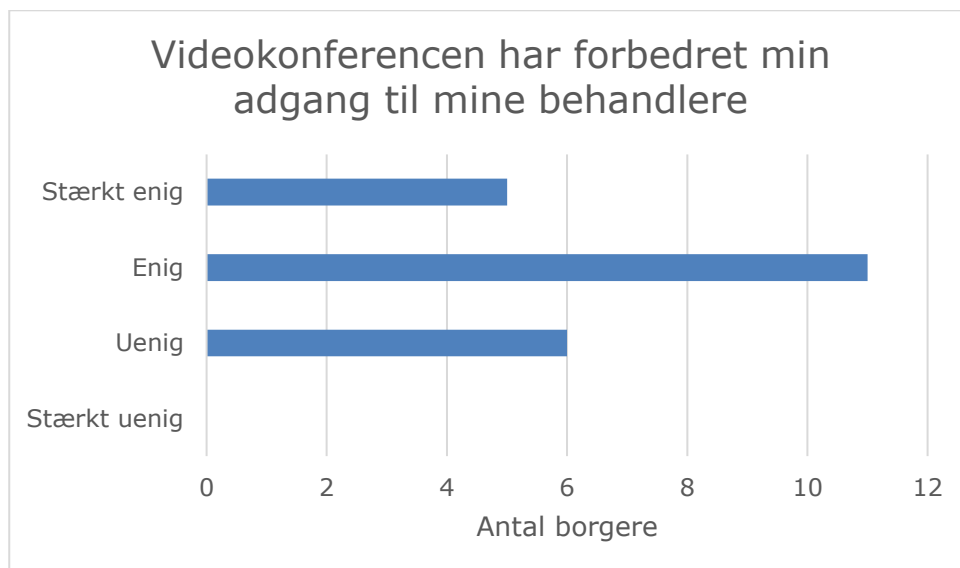


Figur 9. Samlede oplevelse af videokonferencen

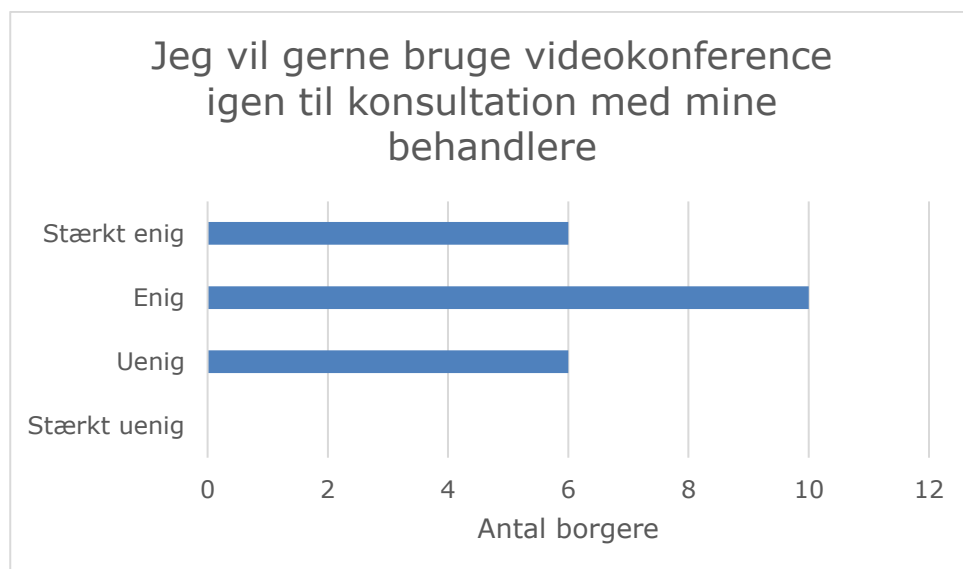
Borger evalueringer



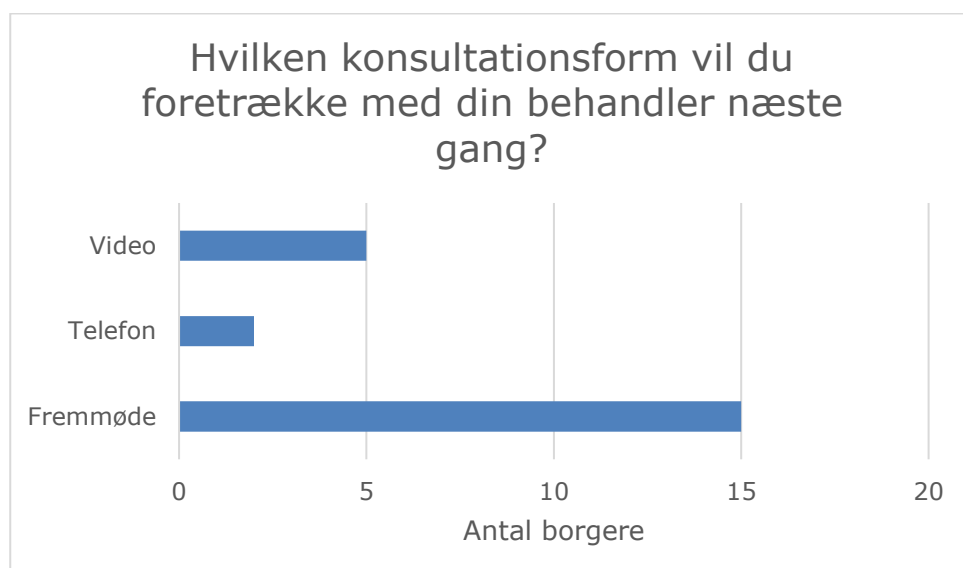
Figur 10. Borgerens forventninger



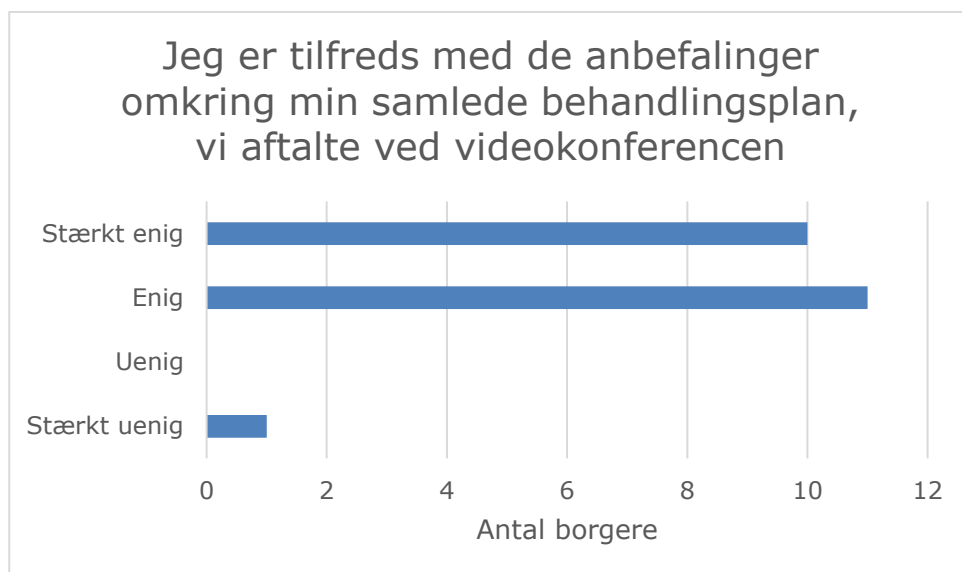
Figur 11. Forbedret adgang til behandlere



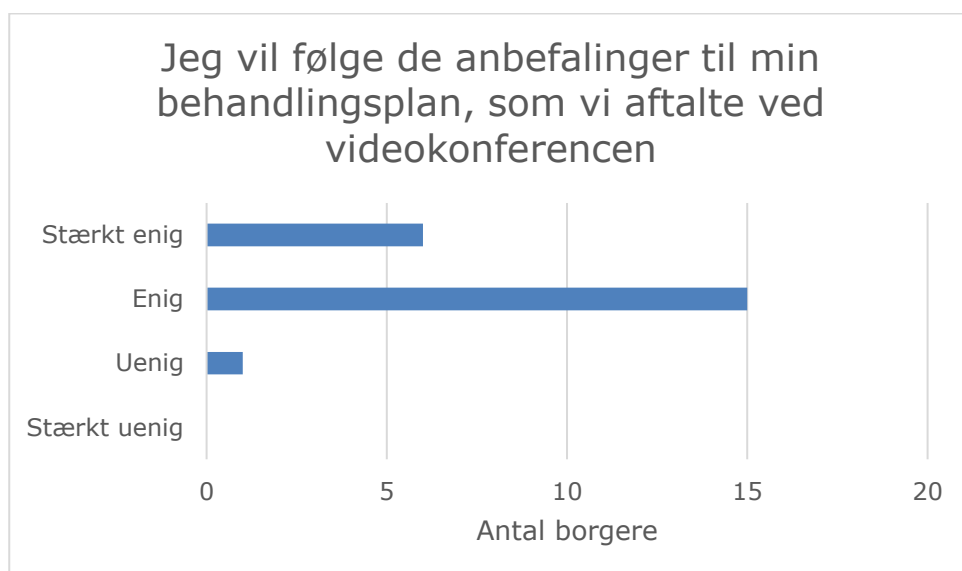
Figur 12. Brug af videokonsultation igen



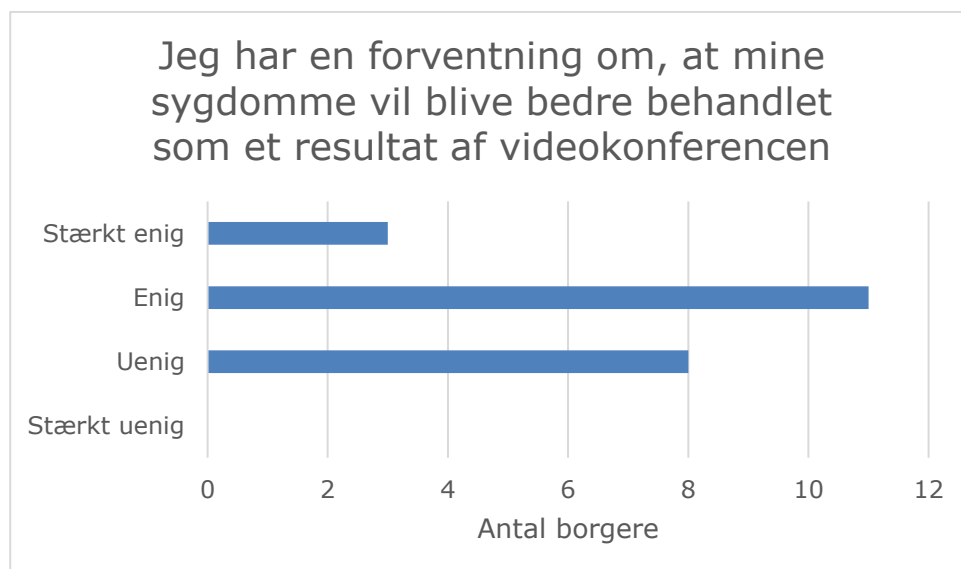
Figur 13. Foretrukken konsultationsform



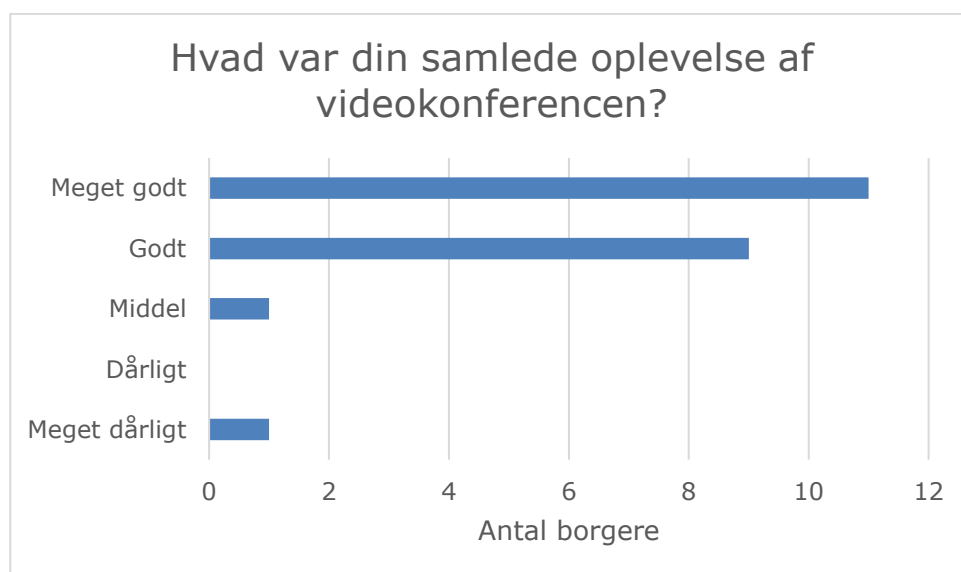
Figur 14. Tilfredshed med samlede behandlingsplan



Figur 15. Villighed til at følge behandlingsplanen

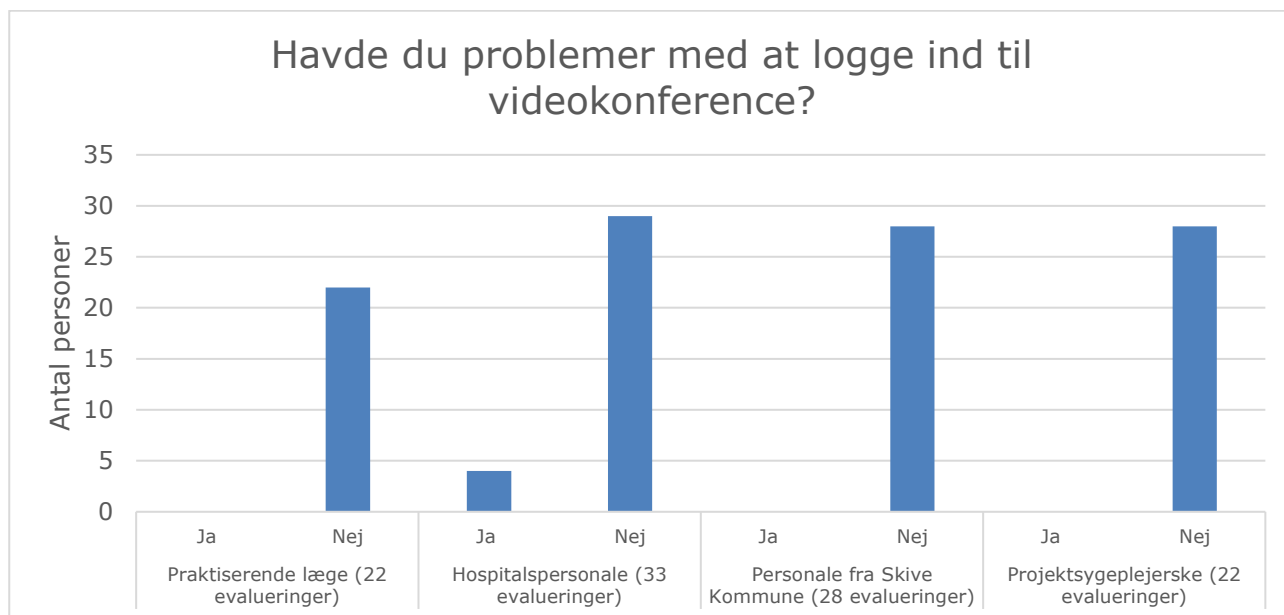


Figur 16. Forventninger til behandling af mine sygdomme

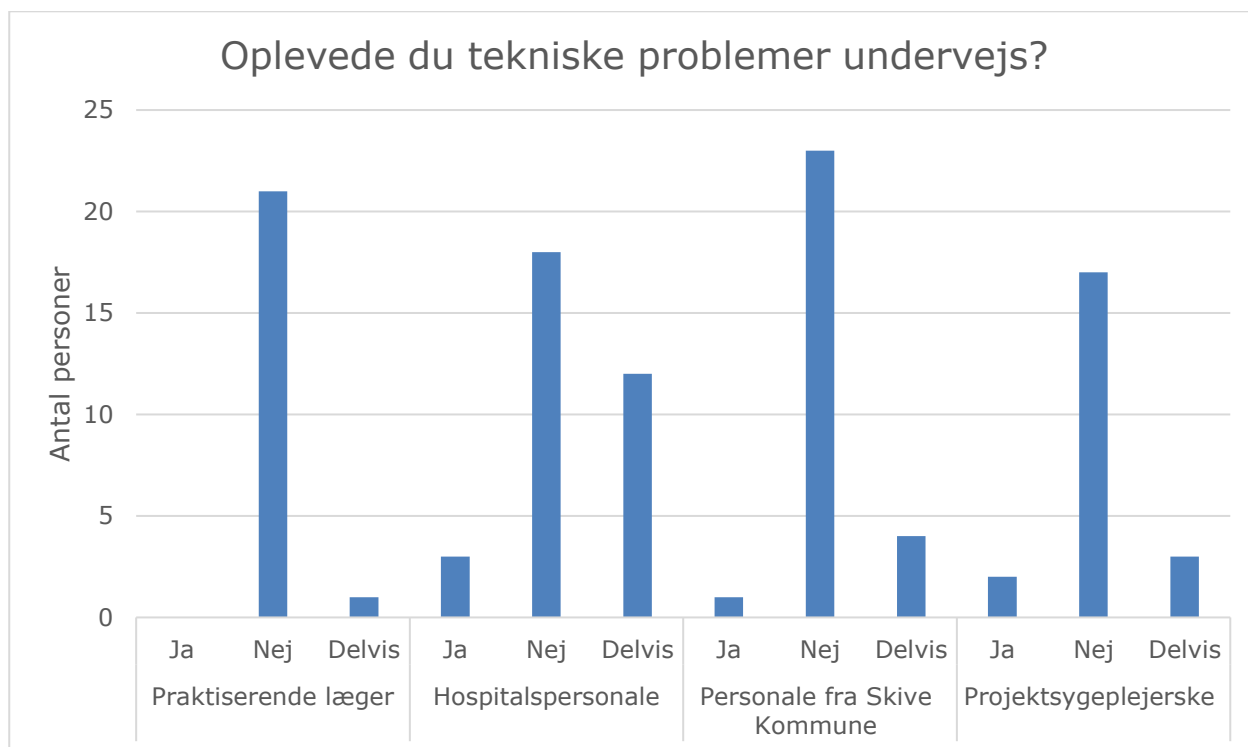


Figur 17. Samlet oplevelse af videokonferencen

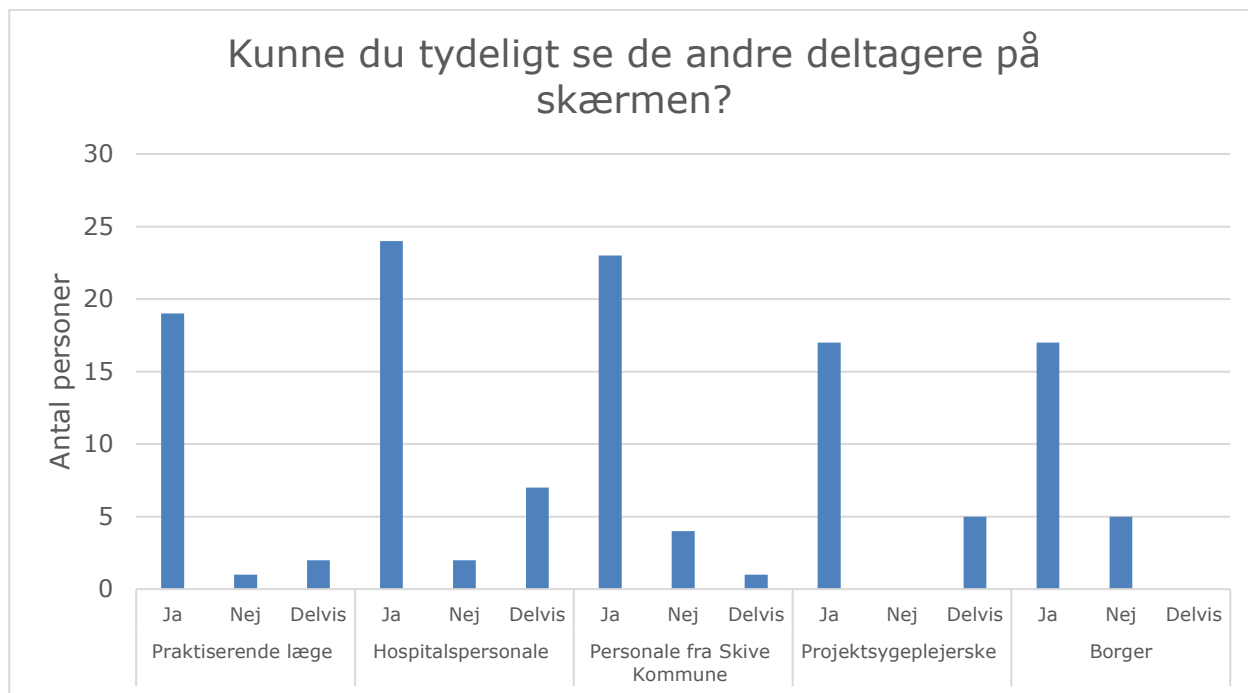
Evaluering af den tekniske del af videokonferencen



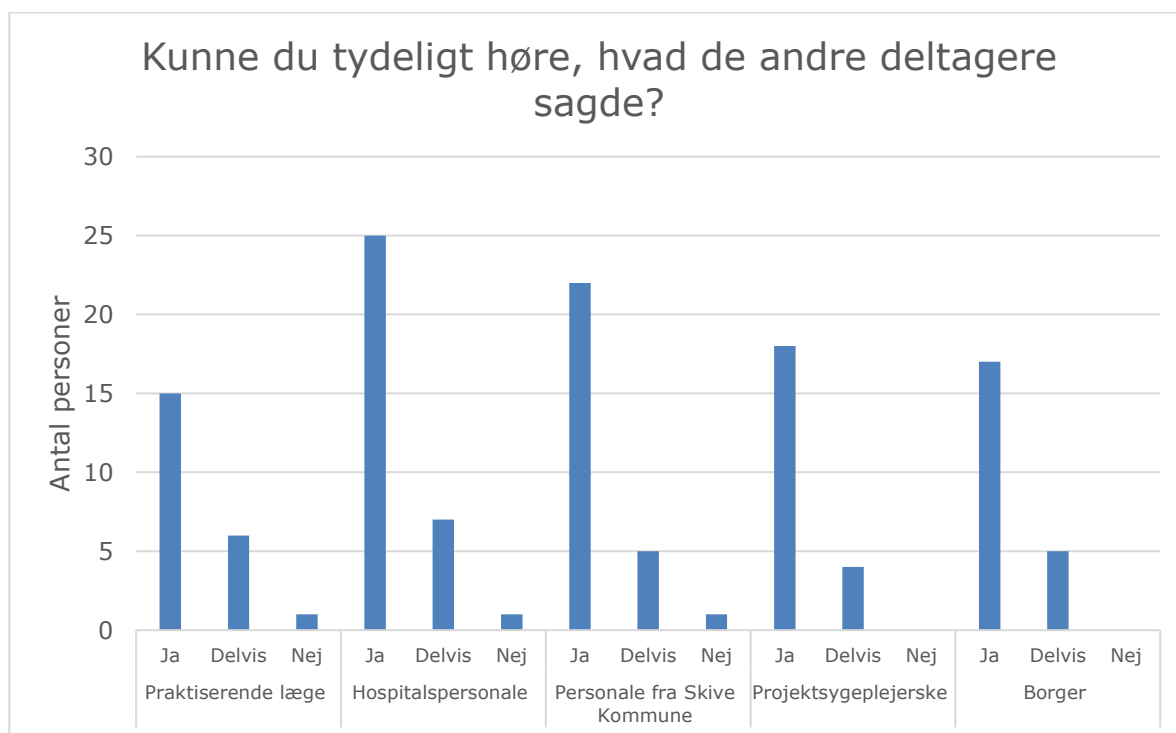
Figur 18. Login problemer



Figur 19. Tekniske problemer undervejs



Figur 20. Billedkvalitet



Figur 21. Lydkvalitet

Manglende borgertilfreds versus sundhedsfaglig værdi

	Praktiserende læge	Medicinsk /hjerter medicinsk læge	Anden speciallæge	Kommunal faglig koordinator	Kommunal sygeplejerske	Kommunal sygeplejerske	Projekt-sygeplejerske
Borger 1	Ja	Ja	Ja	Nej			Ja
Borger 2	Nej	Nej	Nej	Nej			Ja
Borger 3	Nej	Ja		Nej			Ja
Borger 4	Nej	Nej		Ja			Nej
Borger 5	Ja	Ja		Nej	Ja	Ja	Ja
Borger 6	Ja	Nej		Ja	Ja	Ja	Ja
Borger 7	Ja	Nej		Ja			Ja
Borger 8	Nej	Ja		Ja			Ja

Tabel 5. Manglende borgertilfredshed (forventninger til bedre behandlet sygdomme)

Af tabellen fremgår en oversigt over de 8/22 borgere, som på evalueringsskemaet havde angivet, at de var uenige i, at de efter SKARB MDT konferencen havde en forventning om, at deres sygdomme ville blive bedre behandlet som et resultat af videokonferencen i forhold til de sundhedsprofessionelles vurdering af konferencens sundhedsfaglige værdi.

	Praktiserende læge	Medicinsk /hjerter medicinsk læge	Anden speciallæge	Kommunal faglig koordinator	Kommunal sygeplejerske	Kommunal sygeplejerske	Projekt-sygeplejerske
Borger A	Ja	Nej		Ja			Ja
Borger B	Nej	Nej	Nej	Nej			Ja
Borger C	Nej	Nej	Nej	Ja			Ja
Borger D	Ja	Nej	Ja	Ja			Ja
Borger E	Ja	Ja		Nej	Ja	Ja	Ja
Borger F	Ja	Nej		Ja	Ja	Ja	Ja

Tabel 6. Manglende borgertilfredshed (forbedret adgang til behandlere)

Af tabellen fremgår en oversigt over de 8/22 borgere, som på evalueringsskemaet havde angivet, at de var uenige i, at de efter SKARB MDT konferencen havde forbedret deres adgang til deres behandlere i forhold til de sundhedsprofessionelles vurdering af konferencens sundhedsfaglige værdi.

Evaluering af medicinggennemgang

Borgerene fik i alt 327 (gennemsnit 15) præparater før og 326 (gennemsnit 15) præparater efter. I alt blev der foretaget 41 medicinændringer (startet, seponeret, ændret dosering eller ændret administrationstidspunkt).

For 8 ud af 22 borgere blev der ikke foretaget medicinændringer. To borgere fik lavet én medicinændring, tre borgere fik lavet to medicinændringer, tre borgere fik lavet tre medicinændringer, tre borgere fik lavet fire medicinændringer, én borger fik lavet fem medicinændringer og én borgere fik lavet seks medicinændringer. Præparat og ændringerne fremgår af tabel 7.

Tabel 7. Præparatændringer

Præparater, som blev startet	Præparater, som blev seponeret	Præparater, med dosis reduktion	Præparater med dosis øgning	Præparater med ændret administrations-tidspunkt
Pantoprazol	Amiodaron	Allopurinol	Dumetanid	Losartan
Oxazepam	Ramipril	Ibuprofen	Insulin	Spironolacton
Pantoprazol	Amoxicillin	Theophylin		Formoterol
Losartan	Metoprolol	Spironolacton		Atorvastatin
Ferrosulfat	Amiodaron	Metoprolol		D3 vitamin
Furix	Amlodipin	Nebivolol		Apixaban
Bisoprolol	Amitriptylin	Bramino Præmix ¹		
Acetylcystein	Fluocortolon	Enalapril		
Losartan	Rosuvastatin	Olanzapin		
Salbutamol ²	Unikalk med D-vitamin	Metformin		
Magnesia	Mablet			
	Apovit-B-vitamin			

¹Dosis reduktion og ændret administrationstidspunkt

²Startet som behovsmedicin