

NærKlinikken

– resultater år 2

December 2020



NærKlinikken – resultater år 2

© Data og udviklingsstøtte, 2020

Forsideillustration: Urgent.Agency

Projekt: PreCare "Community Health Care Innovation: Platform Development and New Models for Preventive Care"

Rapporten og analyserne er udarbejdet af Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

DTU har bidraget med kvalitativ undersøgelse.

Data og udviklingsstøtte - Region Sjælland

Alléen 15, 4180 Sorø

Data og udviklingsstøttes publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

For omkring 2 år siden blev de første borgere inkluderet i NærKlinikken i Odsherred Kommune. Med udgangspunkt i den enkeltes behov og med hjælp af teknologi og data, placerer NærKlinikken borgeren i centrum for sit eget sygdomsforløb. I denne rapport præsenterer vi resultaterne af indsatsen, som vi kender dem nu.

Formålet med etableringen af NærKlinikken, som er sket i et samspil mellem kommunen, regionen og en række andre aktører i et forsknings- og innovationsprojekt med støtte fra Innovationsfonden, har været at udvikle og teste en model for sektorneutralt samarbejde og dermed bidrage til en nytænkning af sundhedsvæsenet.

Konkret har der været en målsætning om, at de berørte borgere skal opleve større tryghed, færre indlæggelser og øget livskvalitet samtidig med, at der opnås bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet ved at omlægge akutte kontakter til forebyggende aktivitet.

Vi kan her med ydmyghed pege på resultaterne, som med stor klarhed viser, hvordan det i praksis - med nytænkning, mod og samskabelse på tværs af sektorer - er muligt at omlægge vores sundhedsvæsen til noget på én gang langt mere borgernært og samtidigt økonomisk rentabelt.

Rigtig god læsning.

Mahad Huniche

Direktør Data og udviklingsstøtte
Region Sjælland

Rikke Blom

Direktør for Velfærdsområdet
Odsherred Kommune

Indhold

1. Introduktion.....	5
2. NærKlinikken.....	6
2.1. NærKlinikkens nye services i 2020	7
2.2. Inklusionsstatus pr. 1. oktober 2020	9
2.3. Aktivitetsstatus i NærKlinikken pr. 1. oktober 2020	12
2.3.1. Aktivitet i Respons- og Koordinationscentret.....	12
2.3.2. Mobil akut-sygeplejerske (MAS)-besøg	16
2.3.3. Behandlinger i NærKlinikken.....	18
3. Metode til vurdering af NærKlinikkens resultater.....	20
3.1. Sundhedstilstand.....	21
3.1.1. Population og beregningsmetode	22
3.2. DRG-forbrug	24
3.3. Statistisk analyse	24
3.4. NærKlinikkens business case	24
3.5. Borgernes oplevelse af NærKlinikkens indsats	26
4. Resultater	27
4.1. Sundhedstilstand.....	27
4.1.1. Akutte kontakter	28
4.1.2. Akutte sengedage.....	29
4.1.3. Kontakter til egen læge og lægevagt.....	31
4.2. DRG-forbrug	33
4.3. Statistisk test af resultater i NærKlinikken.....	35
4.3.1. Afgrænsning til borgere tidligere behandlet for KOL i sygehusregi	35
4.3.2. Periode der indgår i beregninger.....	35
4.3.3. Statistisk Metode.....	35
4.3.4. Resultater af ITS-analysen.....	37
4.4. Business case.....	39
4.4.1. Økonomiske omkostninger.....	39
4.4.2. Gevinster – økonomiske konsekvenser af ændret forbrug af sundhedsydelser.....	40
4.4.3. Nettobesparelse og break-even	42
4.5. Borgernes oplevelse af NærKlinikken.....	43
5. Opsamling.....	49

Bilag	51
Bilag 1	51
Bilag 2	52
Bilag 3	56

1. Introduktion

NærKlinikken blev i slutningen af 2018 etableret i Odsherred Kommune som en del af innovations- og forskningsprojektet PreCare. PreCare bygger på et samarbejde mellem Region Sjælland (Data og udviklingsstøtte), Odsherred Kommune, Copenhagen Business School og en række andre bidragsydere, og er støttet af Innovationsfonden af to omgange¹.

Formålet med PreCare er at udvikle og teste forebyggende og integrerede services til kronisk syge og ældre baseret på løbende opsamling af data fra både region, kommune og borgere. Målet er, at borgere skal opleve større tryghed, færre indlæggelser og øget livskvalitet samtidig med, at der opnås bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet ved at omlægge akutte kontakter til forebyggende aktivitet – i det omfang det er muligt. Endvidere er det hensigten, at PreCare skal bidrage til en nytænkning af sundhedsvæsenet ved at udvikle og teste en model for sektorneutralt samarbejde. PreCare udspringer af de store udfordringer det danske sundhedsvæsen står over for, herunder det stigende antal ældre og kronikere.

NærKlinikken tilbyder ydelser til borgere med kroniske lidelser, hvor den enkelte borger i tæt dialog med specialiserede sygeplejersker og læger, er i centrum for eget sygdomsforløb. Borgere, der er tilknyttet NærKlinikken, får udleveret en telemedicinsk grundpakke, som bl.a. indeholder forskelligt måleudstyr, så borgerne selv kan følge med i og blive bedre til at tolke og reagere på deres egen helbredstilstand. På baggrund af borgernes målinger har NærKlinikkens personale også mulighed for hurtigt at reagere, hvis en borgers tilstand forværres. Opleves en forværring afklarer NærKlinikken – i dialog og samråd med borgeren – hvad der er bedst at gøre i den pågældende situation. Samtidig kan en egentlig behandling hurtigt igangsættes virtuelt på baggrund af i forvejen udskreven medicin.

NærKlinikken, som i første omgang primært har været et tilbud til borgere med svær KOL i Odsherred Kommune, har været under løbende udvikling siden åbningen i slutningen af 2018 og klinikkens indsats og resultater undersøges løbende bl.a. med henblik på at vurdere, om indsatsen bør spredes til flere kommuner og målgrupper. Senest er implementeringsstatus og resultaterne af NærKlinikkens indsats 1 år efter inklusion af de første borgere blevet undersøgt².

I denne rapport præsenteres implementeringsstatus og resultaterne af NærKlinikkens indsats ca. to år efter inklusion af de første borgere, hvilket samtidigt markerer afslutningen af det første PreCare-projekt. I en kommende rapport, som en del af PreCare II-projektet, opgøres resultaterne af udvidelsen til nye målgrupper, herunder borgere med hjerteinsufficiens.

¹ <https://innovationsfonden.dk/da/nyheder-presse-og-job/nye-losninger-til-kronisk-syge-skal-forebygge-indlaeggelser> og <https://innovationsfonden.dk/da/investeringer/investeringshistorier/digital-naerklirik-kan-reformere-sundhedsvaesenet-og-oge>

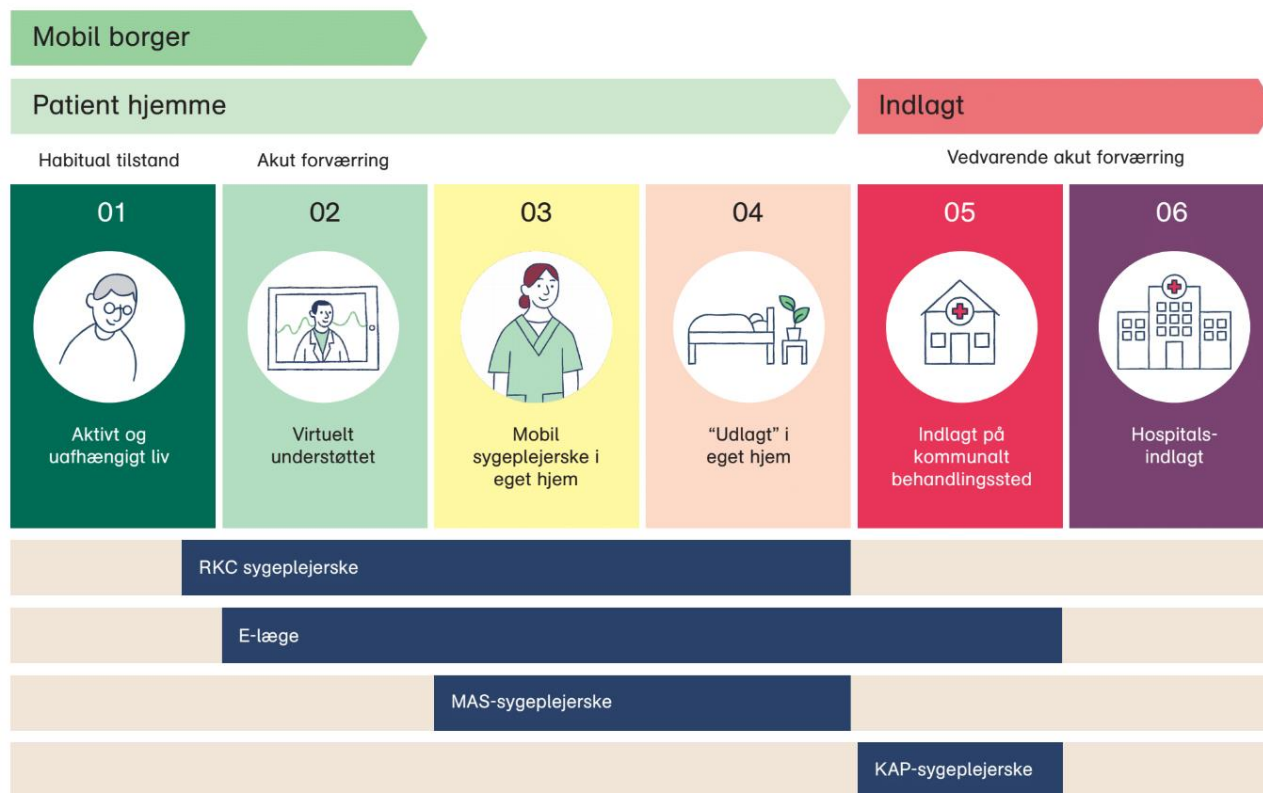
² Se også rapporten NærKlinikken – resultater efter 1 år

2. NærKlinikken

NærKlinikkenes indsats er designet ud fra the Ehealth Care Model (ECM-modellen³).

ECM-modellen som kan ses i figur 1, omfatter seks stadier (ECM 1-6) som borgere kan befinde sig i afhængigt af deres helbredstilstand. Modellen er designet til og har til formål hurtigst muligt at bringe borgeren tilbage til vedkommendes habitual tilstand og dermed, så vidt muligt, leve et aktivt og uafhængigt liv (ECM 1)⁴.

Figur 1. ECM-modellen



RKC = Respons- og koordinationscenter MAS = Mobil akut sygepleje KAP = Kommunal akut plads

Som borger i NærKlinikken er man døgnet rundt tilknyttet NærKlinikkenes Respons- og Koordinationscenter (RKC), hvor specialuddannede sygeplejersker i samarbejde med elæger, er klar til at hjælpe og vejlede, når behovet opstår.

Respons- og Koordinationscenteret får løbende information om borgerens aktuelle helbredstilstand gennem borgernes egen-målinger. Det gør det muligt for NærKlinikken altid at være på forkant og forhindre forværringer, inden det bliver så alvorligt, at borgeren skal indlægges.

³ Phanareth, K., Vingtoft, S., Christensen, A. S., Nielsen, J. S., Svenstrup, J., Berntsen, G. K. R., . . . Kayser, L. (2017). The e-pital care model: A new person-centered model of technology-enabled integrated care for people with long term conditions. JMIR Research Protocols, 6(1) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5282450/>)

⁴ Se også rapporten NærKlinikken – resultater efter 1 år

Er der behov for yderligere udredning, kan NærKlinikken sende en mobil akut-sygeplejerske (MAS) ud til borgeren i eget hjem for at undersøge tilstanden nærmere, og kan bl.a. i samråd med elægen stille diagnoser, hvorefter elægen kan planlægge et behandlingsforløb i borgerens eget hjem.

Hvis der er et stort pleje- og opsynsbehov som følge af en akut forværring, kan NærKlinikken indlægge borgeren lokalt på kommunens akut-pladser (KAP), hvor der er 24 timers opsyn.

I komplicerede tilfælde eller akutte tilfælde, der ikke kan håndteres af NærKlinikken indlægges borgeren på et egentligt sygehus.

2.1. NærKlinikkens nye services i 2020

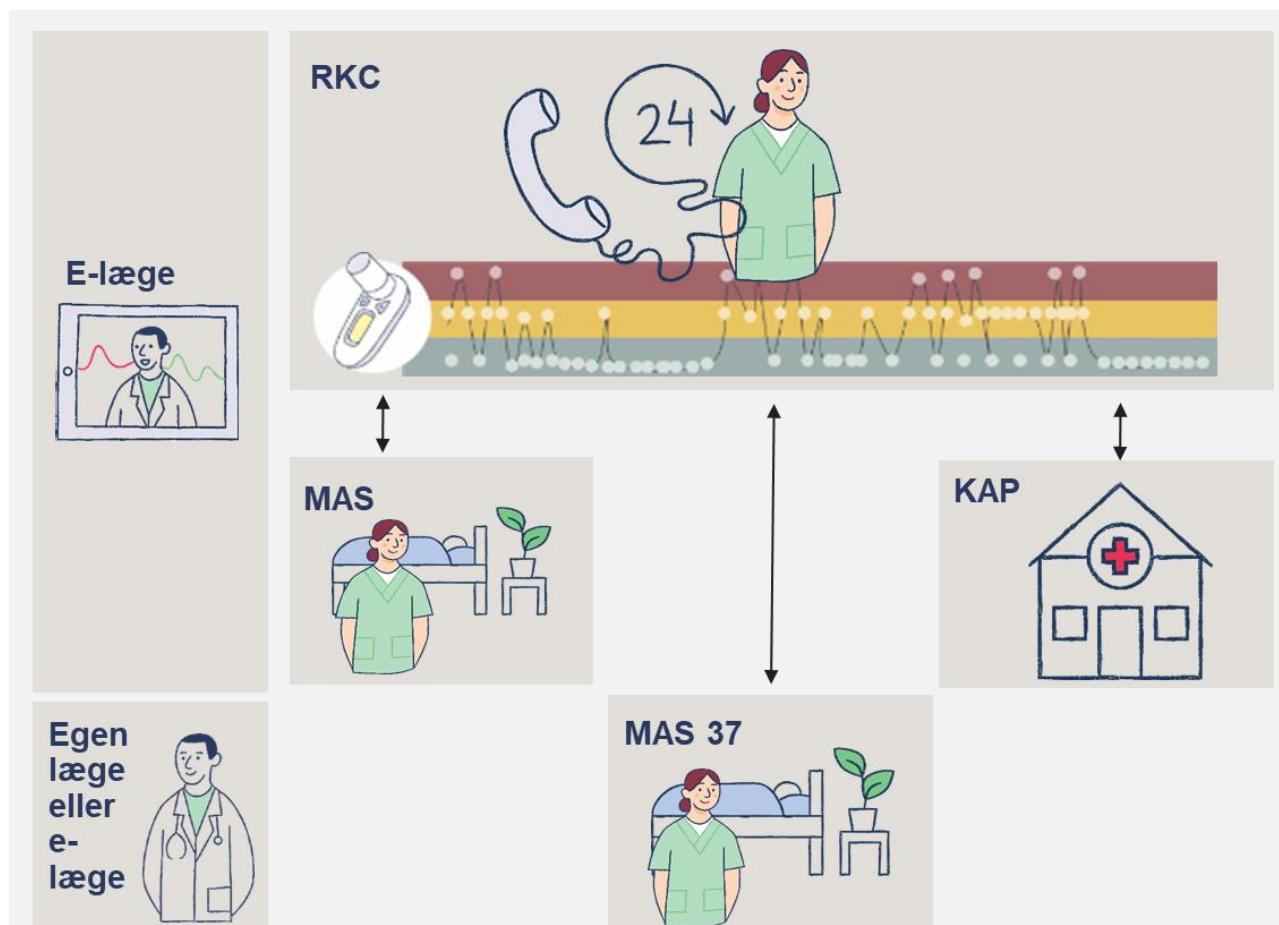
NærKlinikken har i 2020 haft en målsætning om at tilbyde sine services til et større antal af borgere med KOL. Derudover har NærKlinikken fra begyndelsen af 2020 tilbudt at udrede borgere i Odsherred Kommune med andre diagnoser end KOL. Kommunens praktiserende læger har således kunne rekvirere hjælp til at udrede borgere inden for en række diagnoser (se liste med de 37 diagnoser MAS tilbyder de praktiserende læger at behandle i bilag 1).

Hjemmesygeplejen i Odsherred Kommune har fra 1. november 2020 også kunne benytte sig af samme tilbud og dermed anmode om et akut mobilsygeplejerskebesøg hos en borger i Odsherred Kommune, som ikke er inkluderet i NærKlinikken.

De kommunale akutpladser (KAP) har været lukket ned i 2020 bl.a. som følge af COVID-19-pandemien.

Det organisatoriske set-up i NærKlinikken er nærmere beskrevet i rapporten "NærKlinikken – resultater efter 1 år" og kort gengivet i boks 1.

Boks 1. NærKlinikken organisatoriske set-up



Det såkaldte RKC (Respons- og Koordinationscenter) er omdrejningspunktet i NærKlinikken for de koordinerede indsatser, der skal bringe de tilknyttede borgere tilbage til deres "habitualtilstand". RKC har åbent for opkald 24 timer i døgnet alle ugens dage.

RKC har i dagtid, hvis en borgers tilstand kræver det, mulighed for at sende en mobil akut-sygeplejerske (MAS) ud til borgeren i eget hjem for at undersøge tilstanden nærmere.

Ud over de inkluderede fast tilknyttede borgere, tilbyder NærKlinikken også de praktiserende læger og hjemmesygeplejen i kommunen mulighed for at rekvirere MAS (MAS 37) til en borger, der er blevet akut dårlig indenfor en række diagnoseområder. MAS kan opstarte og lave opfølgning på ukomplicerede behandlingsforløb i borgerens eget hjem. MAS får supervision af borgerens egen læge eller e-lægen, afhængig af hvem det aftales har behandlingsansvaret.

MAS er tæt integreret med RKC, som modtager opkaldene fra praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, plejehjem mm. og koordinerer rekvisitionerne og logistikken ved udsendelse af MAS.

De kommunale akut-pladser (KAP) er døgnbemandede pladser på en kommunal palliationsenhed, hvor inkluderede borgere i NærKlinikken, der kræver døgn-opsyn og pleje på grund af en akut opstået forværring i deres sygdom kan komme ind for en tid, og hvor den nødvendige ekspertise i form af specialuddannede akutsygeplejersker med læge-back-up vil være tilgængelig.

2.2. Inklusionsstatus pr. 1. oktober 2020

I tabel 1 ses en oversigt over antal henviste og inkluderede borgere i NærKlinikken pr. 1. oktober 2020. På denne dato havde i alt 165 borgere været inkluderet i NærKlinikken. Heraf var 130 fortsat aktive, 23 var døde, 10 var blevet udmeldt efter eget ønske og 2 var blevet ekskluderet, fordi de ikke længere opfyldte inklusionskriterierne. Eksklusion af borgere, som ellers er inkluderet, kan f.eks. være på baggrund af opstået kognitiv svækkelse, hørenedsættelse eller lignende, der gør det telemedicinske netværk uhensigtsmæssigt.

Tabel 1. Antal henviste og inkluderede borgere pr. 1. oktober 2020

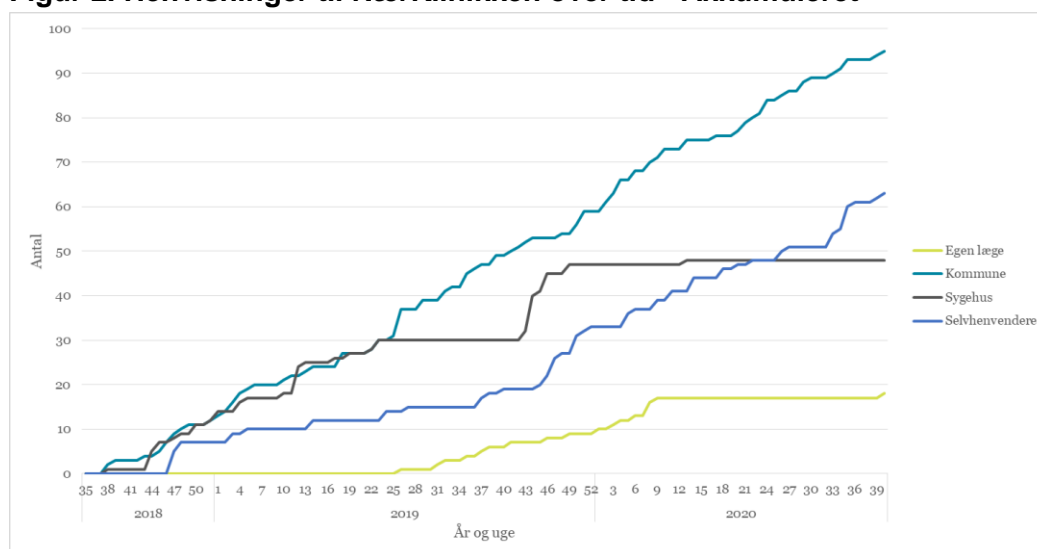
	Status pr. 1.10.2020
Henviste borgere	224
Inkluderede	165
Aktive	130
Døde	23
Ønsker udmeldelse	10
Opfylder ikke længere inklusionskriterierne	2

Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

Fra opstart i slutningen af 2018 og frem til 1. oktober 2020, har NærKlinikken modtaget 224 henvisninger af borgere. Odsherred Kommune står for 42 pct. af henvisningerne, Holbæk Sygehus for 22 pct., og de praktiserende læger står for 8 pct. 26 pct. er borgere, der selv har henvendt sig, jf. figur 2.

Kommunen har vist et stabilt henvisningsmønster, mens mønsteret for Holbæk Sygehus er mere præget af ryk efterfulgt af lange perioder uden henvisninger. Henvisningsmønsteret for de praktiserende læger er ligeledes præget af begrænset aktivitet.

Figur 2. Henvisninger til NærKlinikken over tid - Akkumuleret

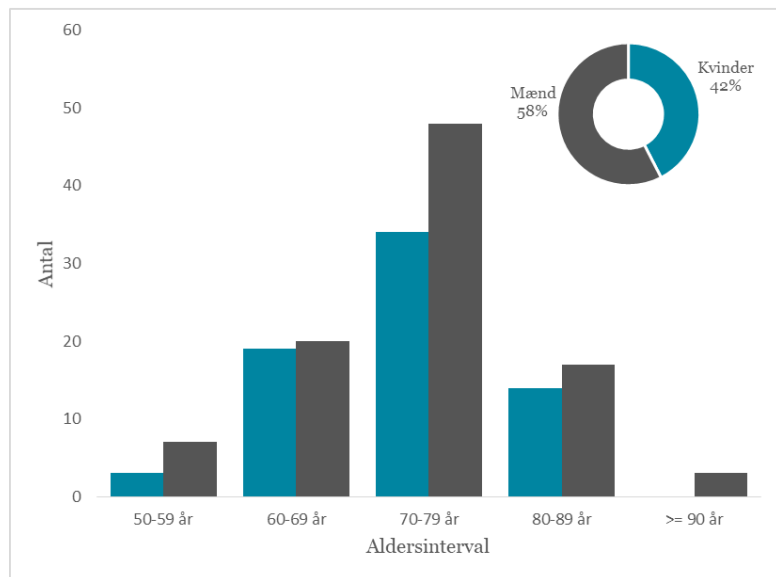


Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

Ca. 25 pct. af henvisningerne resulterer ikke i en egentlig inklusion. Det skyldes oftest kognitiv svækkelse eller andre forhold, der ikke gør den telemedicinske løsning hensigtsmæssig.

Figur 3 viser køns- og aldersfordelingen for de inkluderede borgere (inkl. døde og udmeldte) pr. 1. oktober 2020. 58 pct. af de inkluderede borgere er mænd, og 42 pct. er kvinder. For både mænd og kvinder befinder flest borgere sig i aldersgruppen 70-79 år.

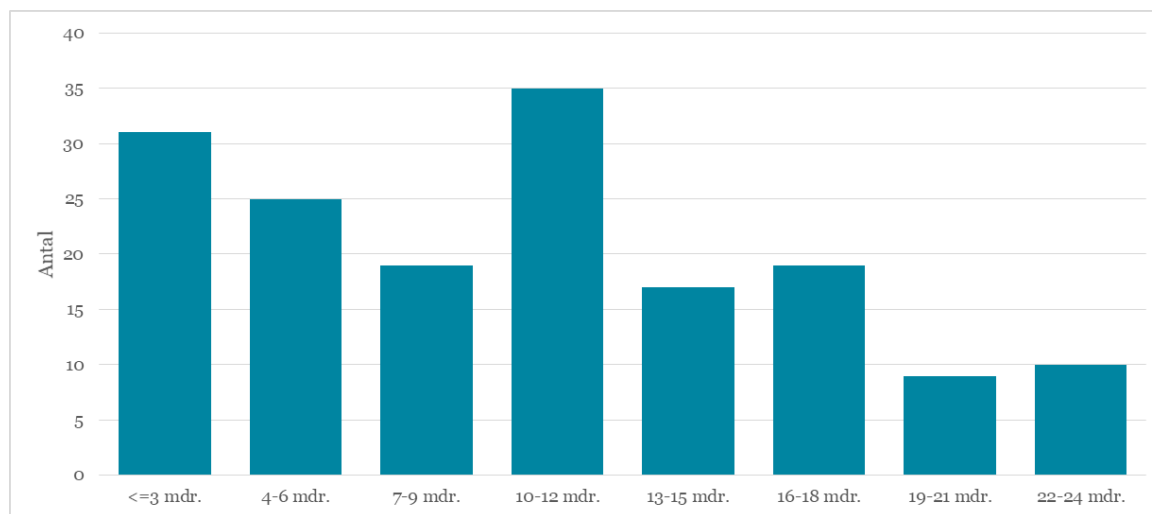
Figur 3. Køns- og aldersfordeling for inkluderede borgere



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

Figur 4 viser, hvor længe de inkluderede borgere har været tilknyttet NærKlinikken. Opgørelsen er foretaget fra datoen, hvor borgerne er TM-certificeret (tele-medicinsk certificeret) og dermed fuldt ud inkluderet i NærKlinikken og frem til evt. død/udmeldelse eller frem til 1. oktober 2020.

I alt har 109 borgere været tilknyttet NærKlinikken i mere end seks måneder, mens 31 borgere har været tilknyttet NærKlinikken i mindre end 3 måneder.

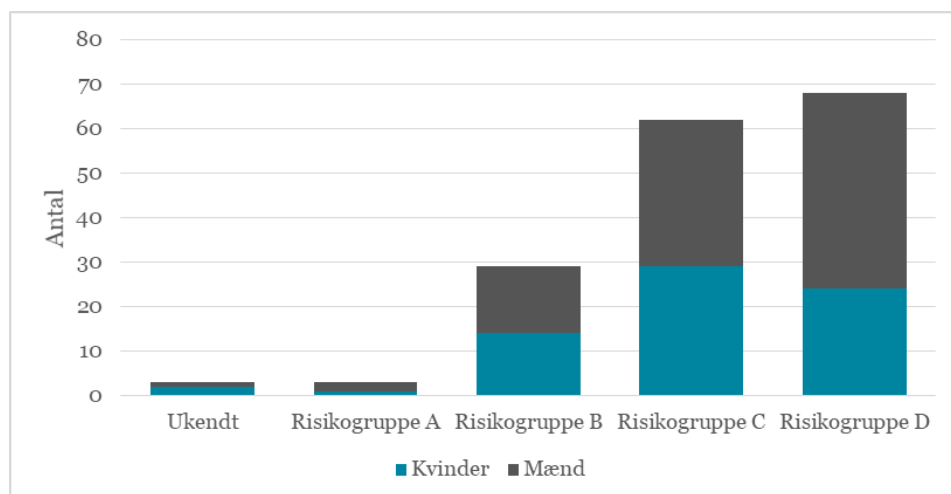
Figur 4. Varigheden af de inkluderede borgeres tilknytning til NærKlinikken

Figuren viser tid fra TM-certificering til død/udmeldelse eller opgørelsestidspunktet (1. oktober 2020).

Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

Figur 5 viser opdeling i KOL-risikogrupper for de inkluderede borgere (KOL-patienter inddeles i kliniske stadier på baggrund af sværhedsgrad af daglige symptomer og hyppigheden af exacerbationer (A let KOL – D meget svær KOL)). Sværhedsgraden af KOL er klinisk vurderet på det tidspunkt, borgeren inkluderes i NærKlinikken.

Som det fremgår af figuren, befinder flest borgere sig i risikogruppe C og risikogruppe D, dvs. svær og meget svær KOL.

Figur 5. Fordeling af inkluderede borgere på KOL-risikogrupper på inklusionstidspunkt

Note: For tre borgere er der ikke foretaget registrering af KOL-risikogruppe. De er derfor i kategorien *ukendt*.

Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

2.3. Aktivitetsstatus i NærKlinikken pr. 1. oktober 2020

NærKlinikken tilbyder, som nævnt ovenfor, forskellige services enten virtuelt eller ved besøg i borgerens eget hjem, jf. boks 2.

Boks 2. Udvalgte services i NærKlinikken

Respons- og koordinationscenter (RKC):

- Monitorering af de inkluderede borgeres tilstandsmålinger
- Akutte henvendelser:
 - Akut henvendelse foranlediget af rød tilstandsmåling eller 3 på hinanden følgende gule målinger (RKC kontakter borger eller omvendt)
 - Akut henvendelse foranlediget af ængstelse
 - Borgeren får igangsat et akut medicinsk behandlingsforløb virtuelt
- Ikke akutte henvendelser fra borgere
- Virtuel opfølgning på akut medicinsk behandlingsforløb

Mobilt Akutsygepleje (MAS):

- MAS for de inkluderede borgere i NærKlinikken:
 - Akut behandlingsforløb. MAS diagnosticerer på baggrund af hjemmebesøgsudredning en akut tilstandsforværring og der igangsættes et medicinsk behandlingsforløb i borgerens eget hjem
 - Teknik besøg
 - Omsorgsbesøg
 - Kommunikation
- MAS for ikke inkluderede borgere i NærKlinikken
 - Akut henvisning fra praktiserende læger eller hjemmesygeplejen i Odsherred Kommune

2.3.1. Aktivitet i Respons- og Koordinationscentret

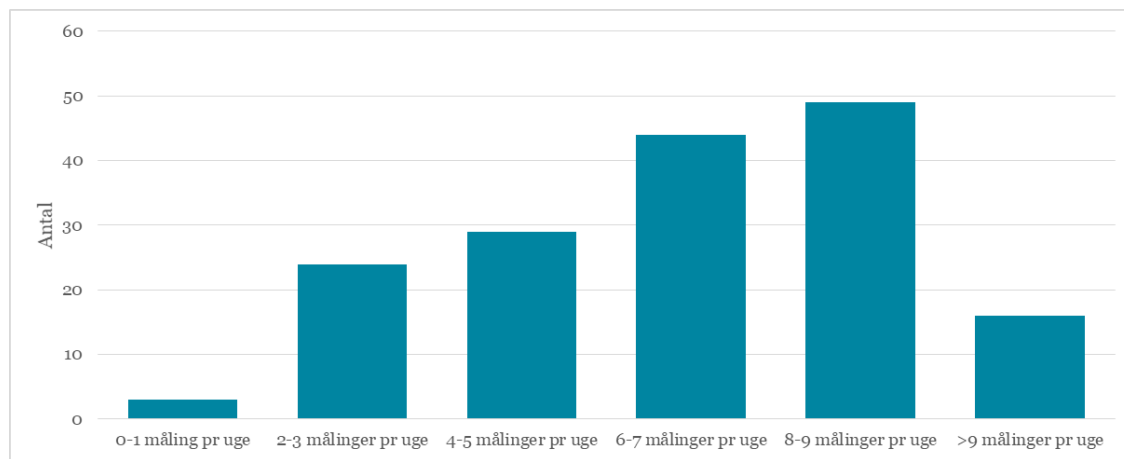
I RKC er aktiviteten centreret omkring virtuelle services med udgangspunkt i de inkluderede borgeres tilstandsmålinger. En tilstandsmåling består af følgende forskellige måleparametre, som borgeren alle selv udfører og/eller indtaster med det udleverede udstyr: puls, iltmætning, lungefunktion/puste-kapacitet, temperatur, samt indikation af om der er øget åndenød, farvet opspyt samt forøget hoste. Målingen bliver automatisk sendt til RKC sammen med identifikation af borgeren og tidspunkt for målingen, og borgeren modtager med det samme en automatisk respons i form af en "tilstandsfarve" (rød, gul eller grøn), samt en beskrivende sætning, f.eks.: "Vi har modtaget din måling. Du er i grøn. Dine tal ser fine ud".

NærKlinikken bruger målingerne til løbende at rådgive, give feedback og justere på borgerens behandling (fx ved justering af inhalationsmedicin og rådgivning omkring korrekt brug), så denne hele tiden svarer overens med det aktuelle behov, borgerens tilstand kræver. Det er indimellem også nødvendigt at justere på borgernes grænseværdier for, hvornår deres måling, skal gå i hhv. rød, gul eller grøn, efterhånden som den enkeltes lungekapacitet forværres, som en naturlig følge af sygdommen.

Figur 6 viser, hvor aktive borgerne er ift. tilstandsmålinger af deres helbredstilstand. Tallet er beregnet som et gennemsnit for hele den periode, borgeren har været inkluderet, mens der i

praksis naturligvis kan være stor variation hos den enkelte. Den største gruppe af borgere (49) måler sig i gennemsnit 8-9 gange pr. uge. 16 borgere måler sig i gennemsnit mere end ni gange pr. uge, og tre borgere måler sig i gennemsnit under én gang pr. uge.

Figur 6. Gennemsnitlige antal tilstandsmålinger pr. uge

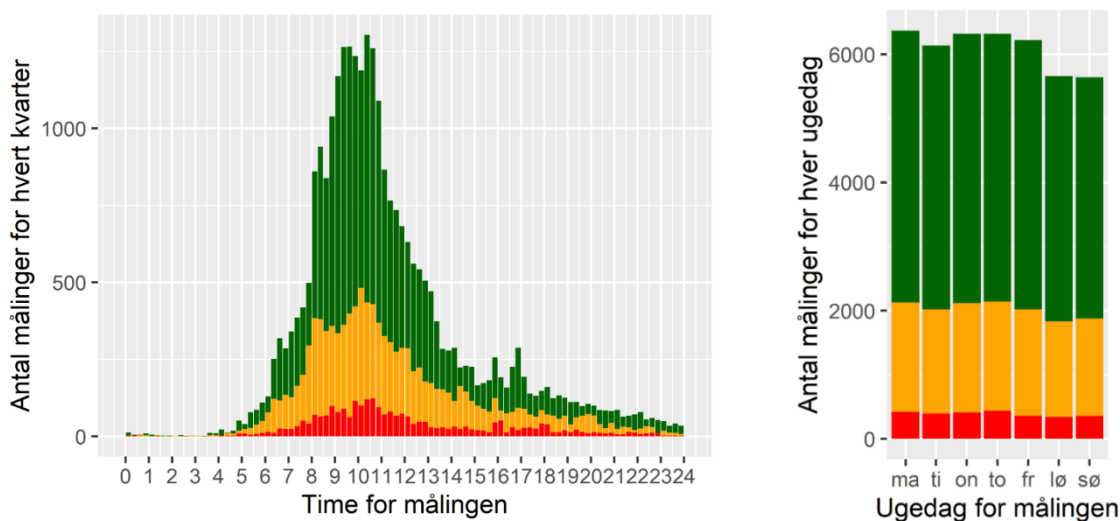


Note: Opgjort som antal målinger/antal uger tilknyttet NærKlinikken

Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

Borgerne bestemmer selv hvornår og hvor tit, de udfører tilstandsmålingerne. De 165 inkluderede borgere, der danner grundlag for resultaterne i denne rapport har tilsammen udført over 40.000 tilstandsmålinger siden NærKlinikkens åbning. Figur 7 viser, hvordan disse målinger er fordelt på døgnet, ugedage og i forhold til tilstandsfarve. Borgerne måler sig hyppigst mellem kl. 7 og kl. 14, men de foretager også målinger mellem kl. 14 og kl. 24. Der er foretaget ganske få målinger mellem midnat og kl. 5 om morgenen. I forhold til ugedag, er der flest målinger i hverdage og færre i weekenden.

Figur 7. Fordeling af borgernes tilstandsmålinger – time for måling og ugedag for måling



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

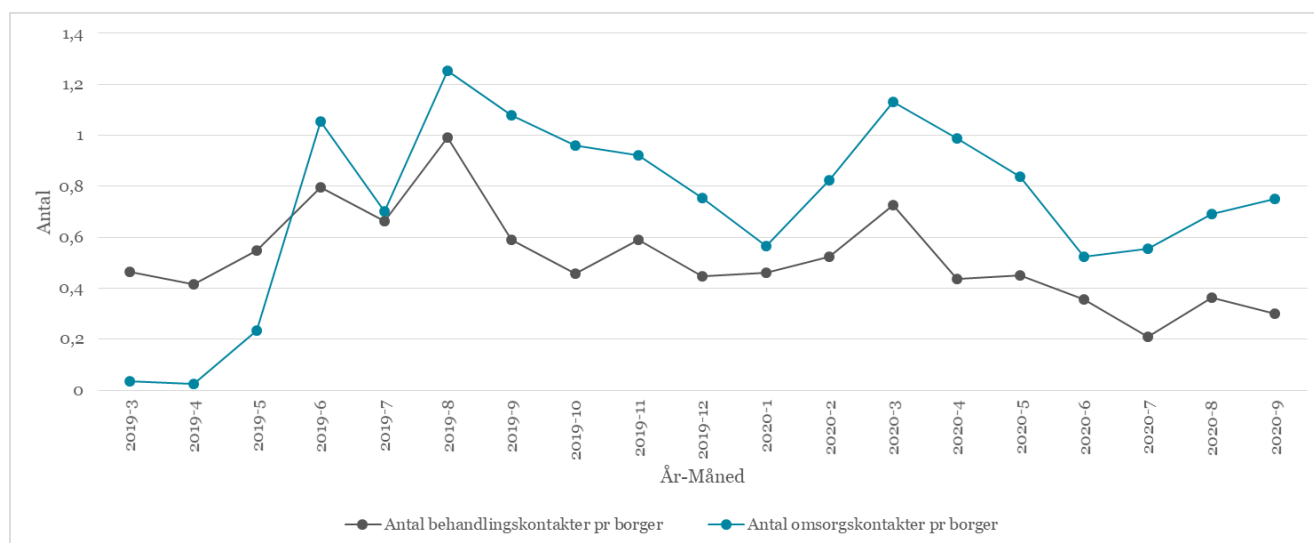
Ved røde tilstandsmålinger eller tre på hinanden gule målinger kontaktes borgeren af NærKlinikken. NærKlinikken har et servicemål på mellem 5 minutter og op til 1 time fra rød måling til NærKlinikken er i kontakt med borgeren. Borgeren kan også selv henvende sig i tilfælde af forværring. Der er i begge tilfælde tale om en såkaldt akut henvendelse.

Figur 8 viser antal akutte henvendelser i NærKlinikken pr. inkluderet borger pr. måned. Hver inkluderet borger har *i gennemsnit* haft en akut henvendelse 1,25 gange om måneden (resultat ikke vist).

Fra omkring marts 2019 begyndte NærKlinikken at registrere om den akutte henvendelse førte til behandling eller omsorg (f.eks. lindrende eller afklarende dialog). Antallet af akutte behandlingskontakter i NærKlinikken viser en faldende tendens (jf. figur 8). For hele perioden er antallet af behandlingskontakter 45 pct., mens 55 pct. er omsorgskontakter. Ses der alene på 2020 så er 36 pct. behandling og 64 pct. omsorg (resultat ikke vist).

Den faldende tendens kan bl.a. skyldes, at de inkluderede borgers case-mix ændrer sig over tid, at det sundhedsfaglige personale eller borgerne selv er blevet mere proaktive, fx ved at sikre, at borgere benytter deres inhalationsmedicin på optimal vis i forhold til deres habitualtilstand.

Figur 8. Antal akutte henvendelser pr. inkluderet borger pr. måned opdelt på behandlings- og omsorgskontakter



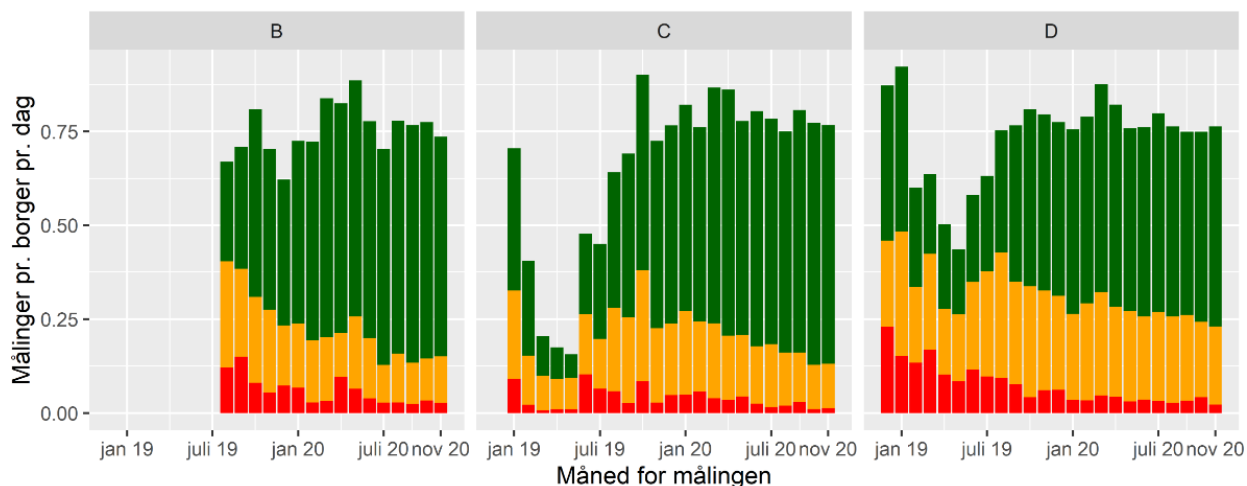
Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

I figur 9 nedenfor ses hvor mange målinger af hver tilstandsfarve (rød, gul, grøn), der er foretaget pr. dag pr. borger i hele perioden. For at kunne vurdere, hvorvidt udviklingen relaterer sig til ændringer i case-mixet (borgersammensætningen) eller noget andet, er der lavet en figur for hver af KOL-risikogrupperne B, C og D. Der er vist søjler, når der er mere end 100 målinger indenfor gruppen på en måned, hvilket svarer til, at der er ca. tre borgere, der måler sig.

Risikogruppe A bortfalder, da der har ikke været 100 målinger i samme måned, ligesom der i de første måneder af 2019 heller ikke er nok målinger til at vise data for gruppe B.

Figuren viser, at der for risikogrupperne B, C og D er sket en udvikling mod en lavere andel af gule og røde målinger over tid. Dette tyder igen på, at borgerne i samspil med NærKlinikkens personale er blevet bedre til at håndtere og regulere deres sygdom på forskellige vis og dermed lykkes med at undgå eller bremse tilstandsforværringer.

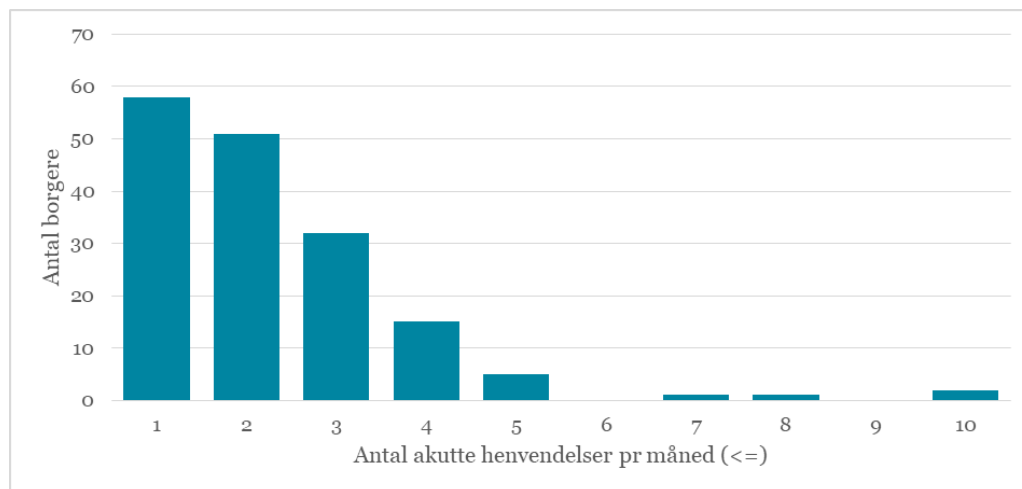
Figur 9. Tilstandsmålinger pr. dag pr. borger opdelt på risikogruppe og tilstandsfarve



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

Endelig viser figur 10 herunder fordelingen af antal akutte henvendelser pr. måned blandt de inkluderede borgere. Ca. 35 pct. af borgerne har én akut kontakt, mens 30 pct. har to akutte kontakter og ca. 20 pct. har tre akutte kontakter pr. måned. De resterende 15 pct. har fire eller flere akutte kontakter om måneden.

Figur 10. Fordelingen mellem de enkelte borgeres antal akutte henvendelser pr. måned



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

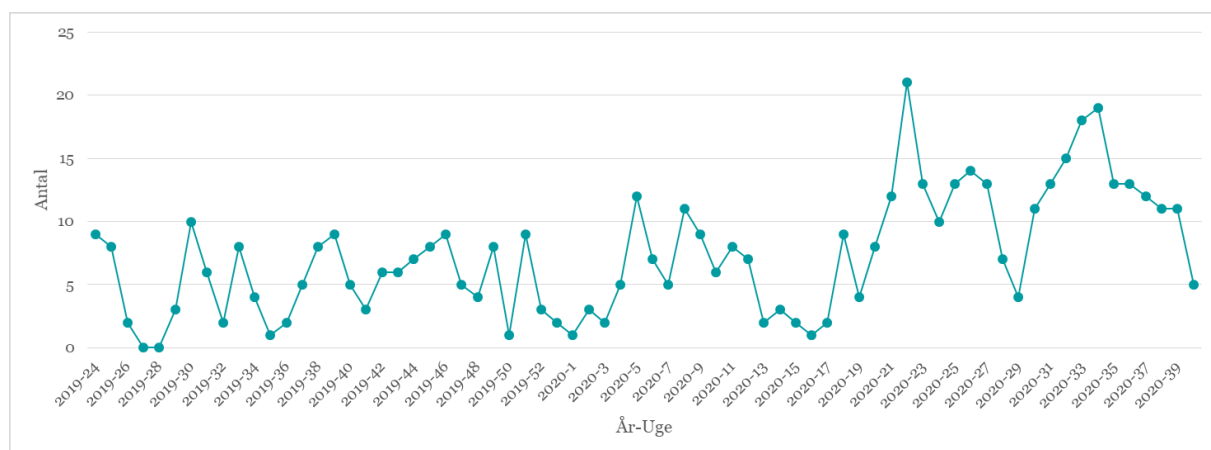
2.3.2. Mobil akut-sygeplejerske (MAS)-besøg

MAS-besøg har været en service i NærKlinikken for inkluderede borgere siden juni 2019 og er, som tidligere beskrevet, kendetegnet ved, at en sygeplejerske fra NærKlinikken møder fysisk op i borgerens eget hjem. Ud over MAS-besøg til inkluderede borgere, har der siden begyndelsen af 2020 også været et tilbud til de praktiserende læger i Odsherred Kommune om at benytte NærKlinikkens MAS-sygeplejersker i relation til de 37 diagnoser nævnt i bilag 1 og til hjemmesygeplejen i Odsherred Kommune fra 1. november 2020.

Ud af de 165 borgere, der har været inkluderet i NærKlinikken, har MAS været et tilbud for 155 af borgerne⁵. Tilsammen har de 155 inkluderede borgere i perioden juni 2019 frem til 1. oktober 2020 i alt haft 508 MAS-besøg.

75 pct. af de inkluderede mænd og 84 pct. af de inkluderede kvinder har haft et MAS-besøg. De borgere, der har haft et MAS-besøg, har i gennemsnit haft ca. 3,3 MAS-besøg i perioden frem til 1. oktober 2020. Her er ikke taget højde for, hvor længe de enkelte borgere har været tilknyttet NærKlinikken. Figur 11 viser antallet af MAS-besøg opgjort pr. uge for inkluderede borgere.

Figur 11. Antallet af MAS besøg pr. uge for inkluderede borgere.



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

MAS-besøgene for inkluderede borgere kategoriseres indenfor hhv. behandling, omsorg, tekniske problemer eller kommunikation. Figur 12 viser fordelingen af årsager opgjort for MAS-besøgene.

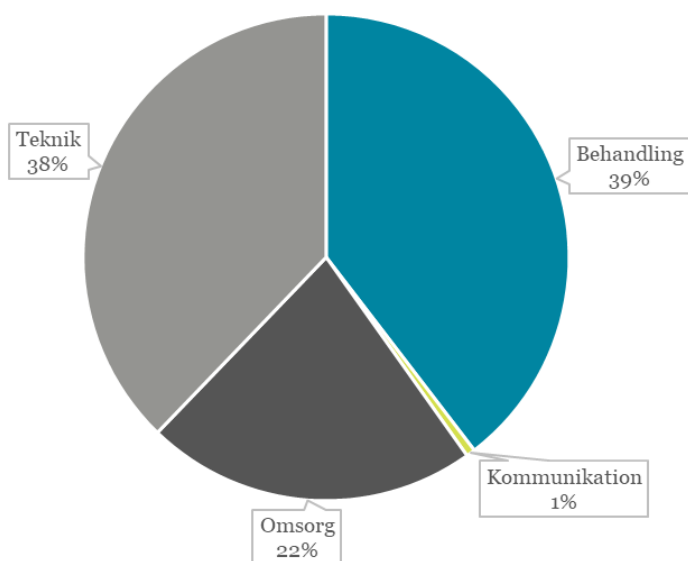
Et MAS-besøg på samme dag kan godt have flere forskellige årsager. I dette tilfælde er årsagerne blevet prioriteret i førnævnte rækkefølge, således at et MAS-besøg, som fx både omhandler behandling og tekniske problemer, kun tæller som behandling. Ca. 35 pct. af MAS-besøgene har haft mere end én årsag.

⁵ Ud af de 165 borgere, der pr. 1. oktober 2020 har været inkluderet i NærKlinikken, var 10 døde eller udmeldt inden MAS var tilgængelig fra juni 2019.

De primære årsager til MAS-besøg er behandling og tekniske problemer (ca. 40 pct. hver), mens ca. 20 pct. af besøgene er omsorgsbesøg (figur 12), hvor sygeplejerskerne har mulighed for at vurdere, om der er forhold, der skal tages hånd om, for at borgere igen kan tage vare på sin egenomsorg. Der ses ingen betydelig forskel, når opgørelsen fordeles på køn (resultat ikke vist).

Den stigende tendens i antallet af MAS-besøg for inkluderede borgere fra uge 21 til uge 37 i 2020 skyldes en stigning i alle tre typer af besøg: behandling, omsorg og teknik.

Figur 12. Årsag til MAS besøg for inkluderede borgere



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

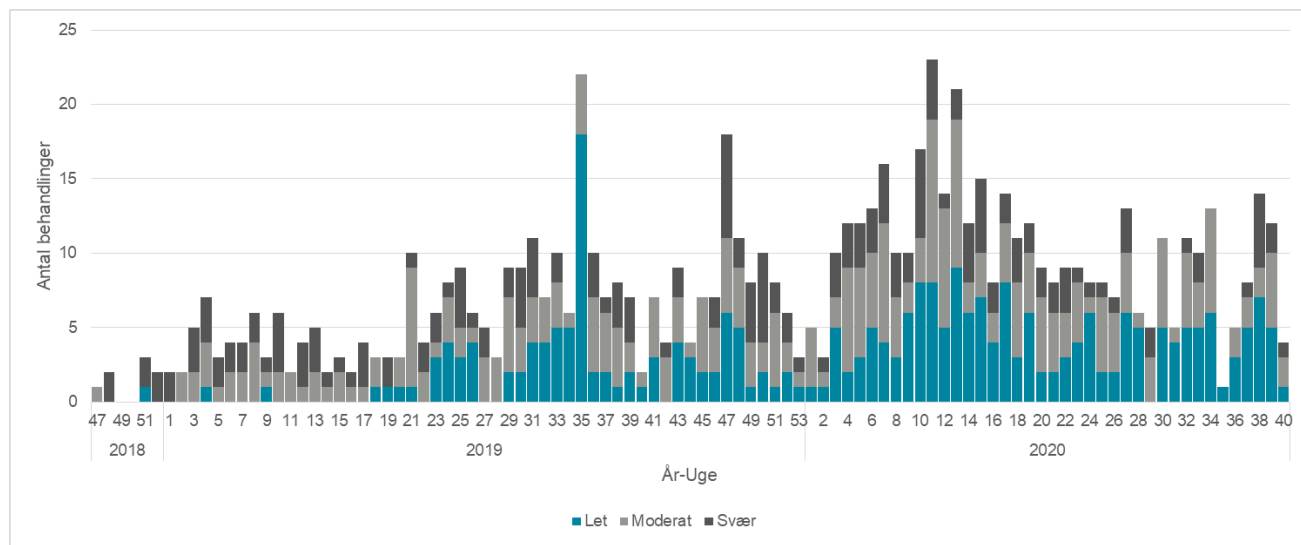
For ikke-inkluderede borgere har der i perioden 1. februar 2020 til 1. oktober 2020, hvor servicen har været tilgængelig for ikke-inkluderede borgere, været 33 MAS-udredninger på 31 ikke-inkluderede borgere (resultater ikke vist). Den begrænsede efterspørgsel fra de praktiserende læger på MAS-udredninger kan i høj grad tilskrives COVID-19-pandemien.

2.3.3. Behandlinger i NærKlinikken

Behandling af inkluderede borgere i NærKlinikken kan både ske i regi af RKC og MAS.

Figur 13 viser udviklingen i antallet af exacerbationsbehandlinger for de inkluderede borgere, der er igangsat i NærKlinikken pr. uge, fordelt på de tre niveauer af exacerbationsbehandlinger. I gennemsnit igangsættes én behandling pr. borger hver niende uge (resultat ikke vist).

Figur 13. Udvikling i antal igangsatte behandlinger pr. uge i NærKlinikken

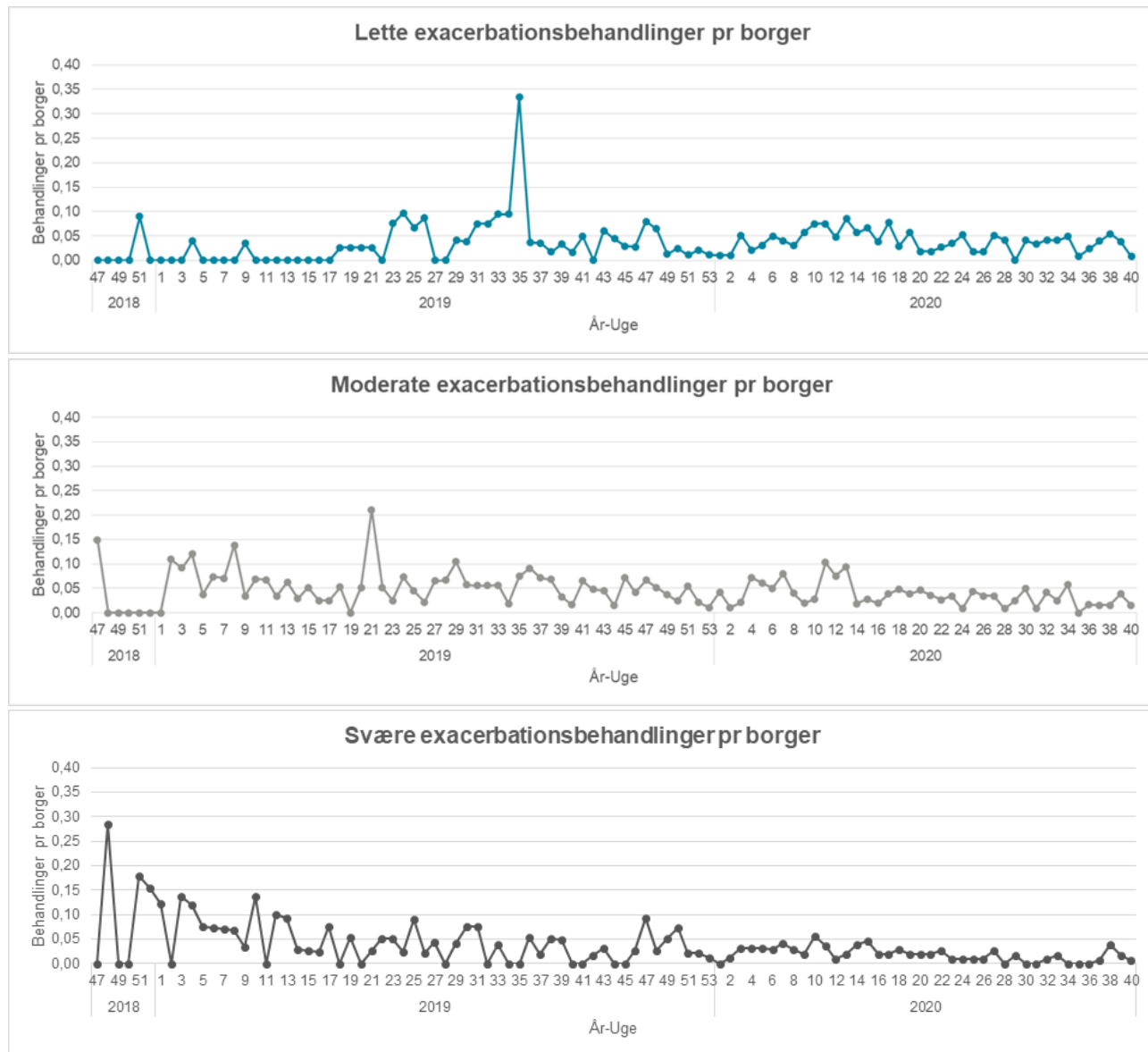


Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

Figur 14 viser udviklingen i antal hhv. lette, moderate og svære exacerbationsbehandlinger pr. inkluderet borger over tid.

Udviklingen over tid afspejler bl.a. mixet af inkluderede borgere i NærKlinikken. Men også, som tidligere nævnt, at borgerne selv kan være blevet mere proaktive, og/eller at der er sket en justering af borgernes medicin i forhold til deres habitualtilstand.

Figur 14. Udvikling i antal igangsatte behandlinger pr. borger pr. uge opgjort på hhv. lette, moderate og svære exacerbationer.



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

3. Metode til vurdering af NærKlinikkens resultater

Formålet med etableringen af NærKlinikken i regi af PreCare-projektet er at udvikle og teste en model for sektorneutralt samarbejde og dermed bidrage til en nytænkning af sundhedsvæsenet. Konkret er der med projektet en målsætning om, at de berørte borgere skal opleve større tryghed, færre indlæggelser og øget livskvalitet samtidig med, at der opnås bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet ved at omlægge akutte kontakter til forebyggende aktivitet – i det omfang det er muligt.

Metodemæssigt er vurderingen af NærKlinikkens indsats inspireret af Triple aim-tilgangen, hvor effekten vurderes i forhold til økonomi, sundhedstilstand blandt borgerne samt den borgeroplevede kvalitet af tilbuddet. Sundhedstilstanden vurderes i denne rapporten ved at se på ændringer i borgernes aktivitet i sundhedsvæsenet. I forhold til økonomi er der set på

DRG-forbrug, som desuden er ført over i en opdateret business case, hvor også andre gevinster indgår. I forhold til den borgeroplevede kvalitet indeholder rapporten en opsamling på en udvidet kvalitativ undersøgelse blandt NærKlinikkens inkluderede borgere. I dette afsnit præsenteres de metoder, der er blevet anvendt for hver af de enkelte delanalyser i resultatafsnittet.

Der er i analyserne anvendt data fra det DRG-grupperede LPR⁶ og sygesikringsregisteret samt data fra kvalitative interviews.

Medmindre andet er angivet, så har de borgere, der indgår i de følgende analyser og aktivitetsopgørelser, været inkluderet minimum 90 dage pr. 10. oktober 2020, som er seneste dato for opdatering af sygehusaktivitetsdata. Borgerne betragtes som inkluderet fra den dato, hvor de har gennemført deres TM-certificering, dvs. når borgeren er fuldt ud inkluderet i NærKlinikken.

Inddeling i DRG-risikogrupper

De inkluderede borgere er meget forskellige ift. deres forbrug af sundhedsydelser. For at få en mere nuanceret forståelse af, hvilken effekt NærKlinikken har på forskellige typer af borgere, er borgerne i analyserne af aktivitet og DRG-forbrug samt i business casen blevet inddelt i følgende fire DRG-risikogrupper: *high risk*, *medium risk*, *rising risk* og *low risk*.

Grupperne dannes på baggrund af deres KOL-relaterede sygehusforbrug, målt i DRG-kroner, 12 måneder før deres inklusionsdato. KOL-relateret sygehusforbrug defineres som kontakter med en luftvejsrelateret aktionsdiagnose, se gruppe 1-3 i bilag 1.



⁶ Det DRG-grupperede LPR er patientoplysninger grupperet/værdiasat efter DRG/DAGS-systemet. Gruppering af indlagte patienter sker efter DRG-systemet (Diagnose Relaterede Grupper), og de ambulante patienter grupperes efter DAGS-systemet (Dansk Ambulant Grupperings System).

Der er ikke en 1:1 sammenhæng mellem den i afsnit 2.2 beskrevne KOL-risikogruppe baseret på symptomgrad, exacerbationer og/eller indlæggelser og DRG-risikogruppe. Man kan godt have svær KOL uden at have sygehuskontakt. Eksempelvis som velbehandlet ved egen læge eller som underbehandlet i eget hjem. Fordelingen blandt NærKlinikkens borgere er vist i figuren herunder.

Figur 15. Sammenhæng mellem DRG-risikogruppe og KOL-risikogruppe

		Stigende KOL Risikogruppe →					
		Ukendt	1	2	3	4	Total
↑ Stigende DRG forbrug på KOL relaterede kontakter	DRG risikogruppe / KOL risikogruppe						
	1. High Risk	1		2	4	32	39
	2. Medium Risk	1		1	10	16	28
	3. Rising Risk			7	13	8	28
	4. Low risk	1	3	19	35	12	70
Total		3	3	29	62	68	165

Figuren angiver sværhedsgraden af KOL udtrykt ved KOL-risikogruppe og DRG-risikogruppe for alle borgere, der er inkluderet pr 1. oktober.2020 uanset hvor mange dage de har været inkluderet.

Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

3.1. Sundhedstilstand

Sundhedstilstanden blandt de inkluderede borgere vurderes, som tidligere beskrevet, ved at se på ændringer i borgernes aktivitet i sundhedsvæsenet. Omlægningen af aktiviteten i sundhedsvæsenet fra akut mod mere forebyggende aktivitet er et centralt fokusområde i PreCare-projektet.

NærKlinikkens effekt på aktivitet er tidligere blevet belyst på case-niveau og for alle de inkluderede borgere ca. 1 år efter åbning (se rapporten "NærKlinikken – resultater efter 1 år"). I nærværende rapport rettes fokus mod den samlede aktivitet og udvikling for gruppen af inkluderede borgere ca. to år efter åbning af NærKlinikken.

Af hensyn til COVID-19-pandemien har det været nødvendigt at foretage nogle datamæssige afgrænsninger, som adskiller sig fra de resultater, der tidligere er blevet præsenteret. Da Danmark blev lukket ned i marts 2020, blev al unødvendig planlagt aktivitet på sygehusene samt hos de praktiserende læger aflyst eller konverteret til virtuelle kontakter. Det vurderes ikke at være meningsgivende at bruge data for perioden efter marts 2020 i forhold til planlagt aktivitet. Det vurderes endvidere, at borgernes akutte kontakter i mindre grad er påvirket af COVID-19 pandemien.

Derfor anvendes der i denne resultatopsamling udelukkende aktivitetsdata fra sygehusene baseret på borgernes akutte kontakter. Hvad angår data fra sygesikringsregisteret (egen læge + lægevagt) så anvendes data frem til 1. marts 2020.

Aktivitetsændringer er belyst med fokus på følgende indikatorer:

- Ændring i antal akutte kontakter før og efter inklusion
- Ændring i antal akutte sengedage før og efter inklusion

- Ændring i antal kontakter til praktiserende læge og lægevagt

I business case-beregningerne estimeres en gevinst med udgangspunkt i planlagt aktivitet i perioden frem til COVID-19 (se afsnit 3.4.).

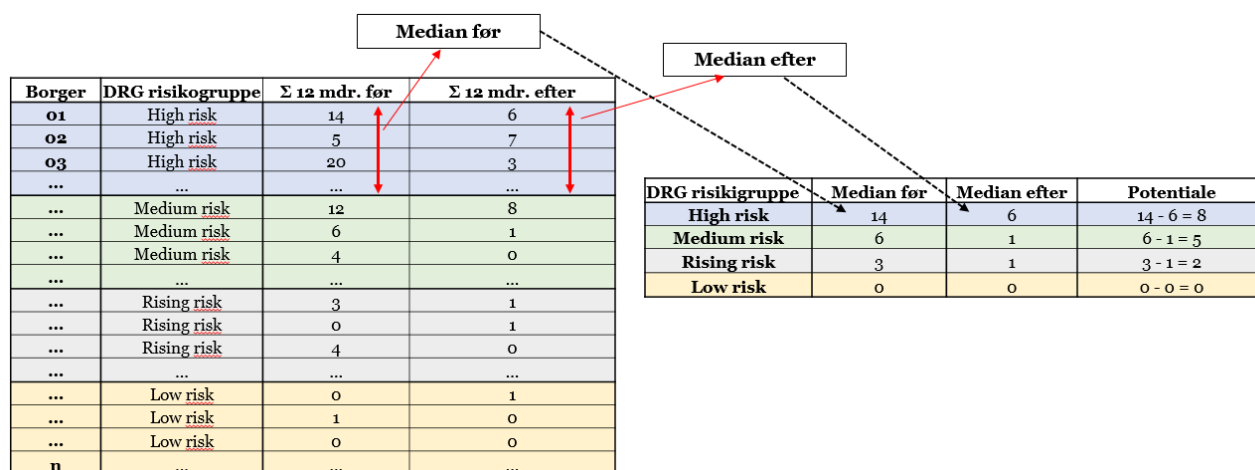
3.1.1. Population og beregningsmetode

Borgerne i analysen af aktivitet og DRG-forbrug (afsnit 3.2) har været tilknyttet NærKlinikken i minimum 90 dage på opfølgelsesdatoen (10. oktober 2020).

Borgere, som har udmeldt sig selv, eller som er blevet ekskluderet fra NærKlinikken efter TM-certificering, er medtaget frem til deres udmeldelses-/eksklusionsdato, såfremt de har været inkluderet i NærKlinikken i minimum 90 dage. Eksklusion kan fx være på baggrund af kognitiv svækkelse, hørenedsættelse eller lignende, der gør det telemedicinske netværk uhensigtsmæssigt.

Ændringen i sygehusaktivitet for de inkluderede borgere er beregnet ud fra en sammenligning af det samlede antal kontakter hhv. 12 måneder før og efter inklusion i NærKlinikken. Der beregnes en median for den årlige aktivitet for hver af de fire DRG-risikogrupper (low til high) hhv. før og efter inklusion. Forskellen imellem før og efter aktivitet for gruppen betragtes som den potentielle gevinst/merudgift for gruppen. Der beregnes desuden et vægtet gennemsnit, som et udtryk for det gennemsnitlige potentiale for hele populationen. Beregningsmetoden er illustreret i figur 16.

Figur 16. Metode for beregning af ændringer i aktivitet



Borger	DRG risikogruppe	Σ 12 mdr. før	Σ 12 mdr. efter
01	High risk	14	6
02	High risk	5	7
03	High risk	20	3
...
...	Medium risk	12	8
...	Medium risk	6	1
...	Medium risk	4	0
...
...	Rising risk	3	1
...	Rising risk	0	1
...	Rising risk	4	0
...
...	Low risk	0	1
...	Low risk	1	0
...	Low risk	0	0
n

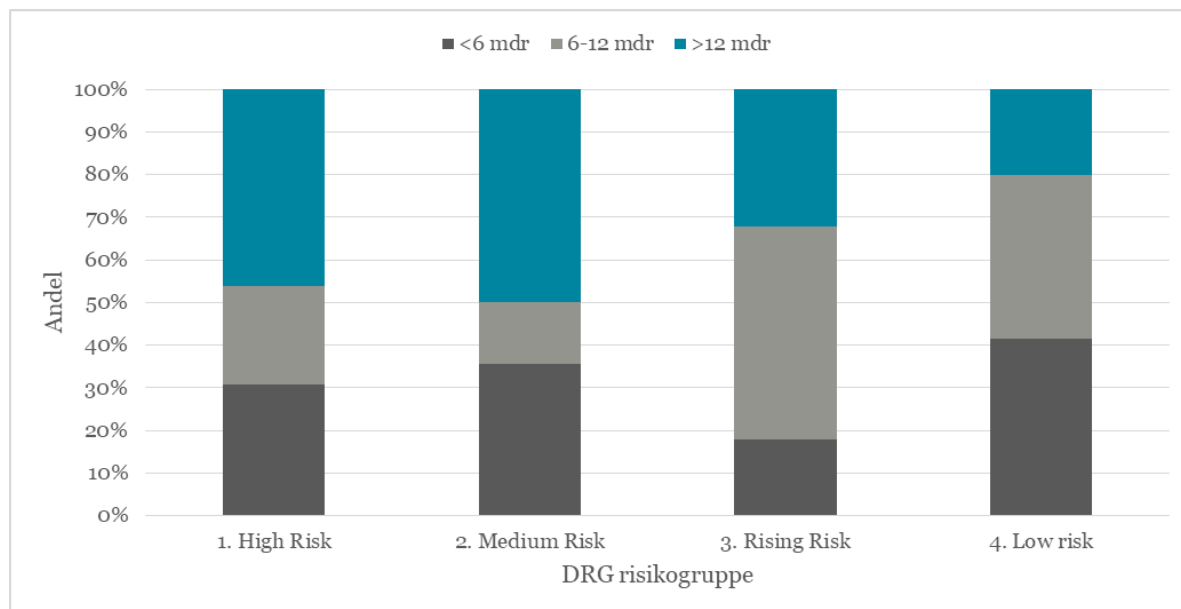
DRG risikogruppe	Median før	Median efter	Potentiale
High risk	14	6	14 - 6 = 8
Medium risk	6	1	6 - 1 = 5
Rising risk	3	1	3 - 1 = 2
Low risk	0	0	0 - 0 = 0

Kilde: Data og udviklingsstøtte

Såfremt borgeren ikke har været inkluderet i 12 måneder, ekstrapoleres data ud fra et månedligt gennemsnit over minimum 90 dage. Metoden bygger på den antagelse, at gennemsnittet er repræsentativt for de 12 måneder efter inklusion.

I figur 17 herunder er det illustreret, hvor længe borgerne i de respektive risikogrupper har været inkluderet i NærKlinikken på opgørelsestidspunktet (1. oktober 2020).

Figur 17. Fordeling af inklusionstid i NærKlinikken i risikogrupper



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

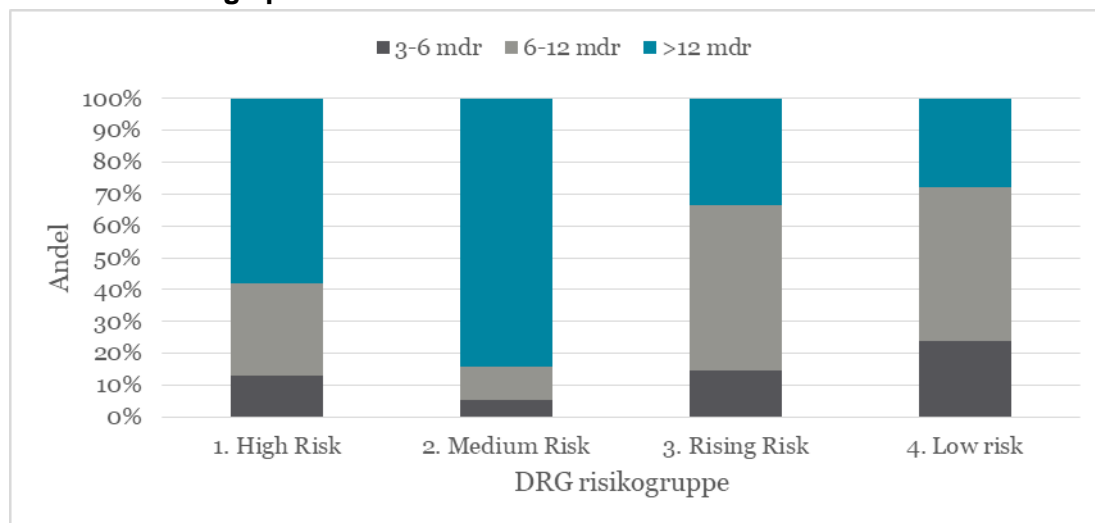
For hhv. high risk- og medium risk-gruppen er der ca. 70 pct. af borgerne, som kan følges i mere end 6 måneder og næsten 50 pct. som kan følges i mere end 12 mdr. Rising risk- og low risk-grupperne har kortere opfølgingsperiode og indeholder derfor flere estimerede gennemsnit.

I alt har 131 personer været inkluderet i minimum 90 dage pr. 10. oktober 2020, og de indgår derfor i beregningerne af borgernes aktivitet. Dette persongrundlag benyttes også ved beregning af DRG-forbrug, i den statistiske ITS-analyse og i business casen.

Data fra sygesikringsregisteret (praktiserende læge + vagtlæge) afgrænses pr. 1. marts 2020 grundet COVID-19 pandemien. På dette tidspunkt havde 80 borgere været inkluderet i minimum 90 dage.

Betragtes inklusionstiden for de 131 borgere, der indgår i aktivitetsberegningerne for sygehusaktivitet, så er fordelingen som vist på figuren herunder. Sammenlignet med figur 18 er der ingen borgere, som har været med i mindre end 3 måneder. Andelen der har været med i mere end 12 måneder er dermed blevet større.

Figur 18. Fordeling af inklusionstid i NærKlinikken for de borgere, der har været inkluderet i minimum 90 dage pr. 10. oktober 2020



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

3.2. DRG-forbrug

Et vigtigt element i opgørelsen af den økonomiske business case for NærKlinikken er ændringer i borgernes DRG-forbrug.

Ændringer i DRG-forbrug før og efter inklusion giver et indblik i, om NærKlinikken's indsats medfører omlægninger i borgernes forbrug af sundhedsydelser og udgifter forbundet med disse. På et senere tidspunkt vil de kommunale udgifter og ydelser i relation til NærKlinikken blive særskilt opgjort.

Persongrundlag og ændringer i DRG-forbrug er opgjort ved brug af samme metode som beskrevet i afsnit 3.1.1 omkring population og beregningsmetode.

For perioden før 2. februar 2019 anvendes det DRG-grupperede LPR2 og efterfølgende anvendes det DRG-grupperede LPR3 data. Landspatientregisteret har gennemgået en fundamental ændring, der giver datamæssige udfordringer ved overgangen mellem LPR2 og LPR3. Det har dog været muligt at koble kontakter til økonomiske beregninger i resultatopgørelserne.

3.3. Statistisk analyse

For at understøtte resultaterne er der udført en statistisk analyse af resultaterne vedrørende sygehusaktivitet og DRG-forbrug. Analysen skal teste hypotesen, at NærKlinikken's services kan reducere sygehusaktivitet. Se metode og resultater for den statistiske analyse i afsnit 4.3.

3.4. NærKlinikken's business case

En centralt element i PreCare projektet er at forstå, om der kan opnås en bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsnen ved at omlægge akutte kontakter til forebyggende aktivitet,

som det forsøges gjort med NærKlinikken. Dette kigges der nærmere på med business casen, hvor de økonomiske omkostninger og gevinster ved NærKlinikken sammenstilles.

Der er en række direkte og afledte udgifter som følge af etableringen af NærKlinikken. Omkostningerne udgør de faktiske og estimerede udgifter til drift af klinikken. Gevinsterne af NærKlinikken udgør værdien af den ændring i efterspørgslen efter sundhedsydelser, som kan konstateres hos inkluderede borgere.

Opgørelsen af de økonomiske konsekvenser omfatter NærKlinikkens første tre år efter etablering.

Projektstartsperioden defineres som de første 24 måneder efter åbning af NærKlinikken. I denne periode er der gradvist inkluderet flere og flere borgere i klinikken. Der har i perioder været en forholdsvis høj personalenormering i forhold til det inkluderede antal borgere. Personalenormeringen er tilpasset løbende. Personalet har i perioden været beskæftiget med at inkludere og servicere disse borgere samtidigt med, at de har tilpasset og udviklet klinikkens tilbud.

I de efterfølgende 12 måneder (måned 25-36) af projektet er der tilnærmelsesvist fuld drift af NærKlinikken. NærKlinikken er fortsat under udvikling og antallet af inkluderede borgere øges stadig.

I opgørelsen af økonomiske omkostninger og gevinster ved NærKlinikken indgår:

- Kendte udgifter til etablering og drift af NærKlinikken i perioden fra 1. november 2018 til 1. oktober 2020 samt forventede udgifter til drift af NærKlinikken herefter frem til 1. oktober 2021
- Ændring i forbrug af sygehusydelser hos de inkluderede borgere opgjort hhv. 12 måneder før og op til 12 måneder efter inklusion i NærKlinikken
- Ændring i forbrug af ydelser hos praktiserende læge og vagtlæge for de inkluderede borgere opgjort hhv. 12 måneder før og op til 12 måneder efter en borgers inklusion i NærKlinikken
- Estimat for besparelse i udgifter til transport af patienter og befordringsrefusion
- Konsekvenser for visitering af kommunale ydelser som følge af ændring i antal akutte sygehusindlæggelser
- Kendt og forventet inklusion og frafald af borgere tilknyttet NærKlinikken
- Kendt og forventet forbrug af personale i NærKlinikken

Opgørelsen inkluderer ikke:

- Effekter fra borgere der har været behandlet i regi af MAS-pilotforsøget, som ikke er inkluderet i NærKlinikken (MAS 37)
- Effekter fra KAP
- Patientbårne udgifter og besparelser, eksempelvis i relation til ikke refusionsberettiget transport
- Ikke-økonomiske omkostninger og gevinster, eksempelvis i form af ændringer i livskvalitet, tilknytning til arbejdsmarked eller fastholdelse af socialt netværk.

3.5. Borgernes oplevelse af NærKlinikkens indsats

I rapporten "NærKlinikken - resultater efter 1 år", blev de overordnede resultater af en interviewrunde til fem udvalgte borgere i NærKlinikken i efteråret 2019 præsenteret. Af rapporten fremgik det, hvordan de adspurgte borgere oplevede NærKlinikken, og hvordan dennes indsats skabte værdi for dem og bl.a. adskilte sig fra deres oplevelser i det øvrige sundhedsvæsen.

I sensommeren 2020 blev der lavet endnu en supplerende interviewrunde, igen ledet af Pernille Rydén fra DTU, hvor tre af de interviewede fra året før, blev genbesøgt, og hvor seks nye borgere blev interviewet. Der blev i udvælgelsen af de nye borgere lagt vægt på at få talt med forskellige typer af borgere, dvs. borgere med forskellige sociale, alders- og helbredsmæssige profiler med henblik på at få så mange forskellige brugerperspektiver på NærKlinikkens indsats og effektskabelse som muligt, jf. boks 3.

Boks 3. Profil af interviewede borgere

Den samlede gruppe af interviewede borgere (inkl. de interviewede i 2019), i alt 11 unikke personer, ser samlet set ud som følger profilmæssigt:

- **Alder:** 52-85 år
- **Køn:** 4 kvinder og 7 mænd
- **Helbred:** Alle har KOL eller anden lignende lungesygdom (jf. NærKlinikkens inklusionskriterier for målgruppen) men i forskellige stadier og med forskellige ko-morbiditeter, herunder både fysiske og/eller psykiske
- **Baggrund:** Blandet opvækst (både tilflyttere og folk, der har boet hele deres liv i kommunen), samt med forskellig uddannelses- og erhvervsmæssig baggrund
- **Sociale tilhørsforhold:** gift og alene-boende, med og uden stort socialt netværk
- **Personlighed:** stort spænd fra den ydmyge og autoritetstro til den meget handlekraftige mønsterbryder og den meget skeptiske

Fokus i interviewene har i begge omgange været at få en forståelse af borgernes oplevelse af livet med kronisk sygdom, og hvordan NærKlinikken påvirker dette. I forhold til de "gen-interviewede" borgere har fokus været på at forstå, om der er sket en udvikling i borgernes oplevelse af NærKlinikken samt deres forståelse af deres eget helbred og mestring af livet med kronisk sygdom, i forhold til da de først blev interviewet. Interviewguiden for interviewene kan findes i bilag 3.

Ud over interviews med de inkluderede borgere, gennemførte Pernille Rydén (DTU) i 2019, samtidigt med de første borgerinterviews, interviews med personalet i NærKlinikken (to sygeplejersker og elægen) samt en praktiserende læge i Odsherred Kommune.

Disse interviews, samt borgerinterviewene blev alle, på nær et, optaget, transskriberet, og derefter kodet og tematisk analyseret. Interviewene er gennemført af forskellige medlemmer af projektteamet (ikke-klinikere). Pernille Rydén (DTU) har stået for at udarbejde en samlet analyse af alle interviewene fra både 2019 og 2020 (samlet set i alt 14 borgerinterviews og 4 interviews med behandlere). Fokus i den samlede analyse har primært været at dokumentere og undersøge den transformation af sundhedsvæsenet, NærKlinikken har som målsætning.

I resultatafsnittet i denne rapport gengives de vigtigste pointer fra analysen med fokus på de 11 interviewede borgeres oplevelse af NærKlinikken.

4. Resultater

I dette afsnit præsenteres resultaterne af NærKlinikken. Medmindre andet er angivet, så er data opdateret 10. oktober 2020, og gælder alle borgere, som på denne dato er eller har været inkluderet i minimum 90 dage.

4.1. Sundhedstilstand

Aktivitet omhandler resultater vedr. akutte kontakter, akutte sengedage samt kontakter til egen læge og lægevagt. Resultaterne afspejler de inkluderede borgeres samlede forbrug af akutte ydelser på sygehuset, dvs. både det KOL-relaterede og det ikke-KOL relaterede forbrug. Ift. kontakter hos egen læge og lægevagt er det ikke muligt at skelne mellem årsager og diagnoser.

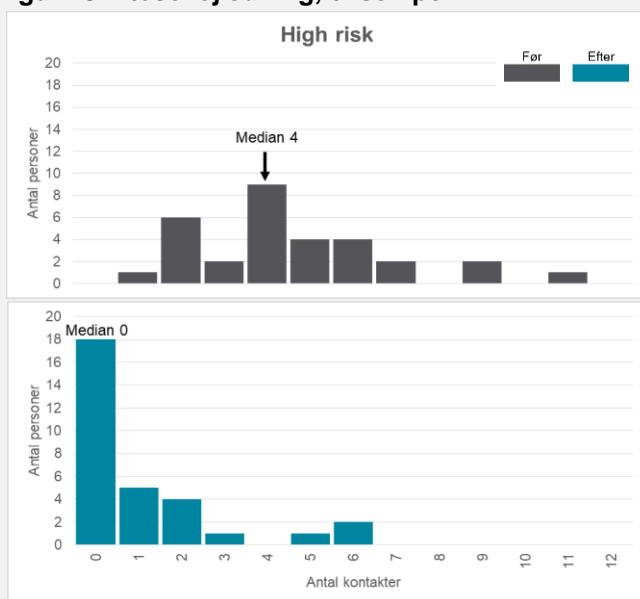
Boks 4. Læsevejledning til grafer

Nedenstående figur (figur 19) er en figurtype, der går igen igennem de følgende afsnit i klynger af 4 – én figur for hver DRG-risikogruppe. Der findes en klynge af figurer for hvert emne, der gennemgås (akutte kontakter, akutte sengedage, kontakter til egen læge og lægevagt samt DRG-forbrug).

De grå søjler indikerer aktiviteten eller forbruget 12 måneder før inklusion og de blå søjler indikerer aktiviteten 12 måneder efter inklusion. Den grå og den blå graf deler x-akse og har samme niveau på y-aksen. X-aksen viser antal kontakter, sengedage eller DRG-forbrug og y-aksen viser, hvor mange borgere der falder i pågældende gruppe eller interval. På hver graf er der vist, hvor medianen for den gældende DRG-risikogruppe ligger. Medianen er en mere robust indikator end et gennemsnit, idet den ikke er nær så følsom for ekstreme yderpunkter.

En fordeling der har mest tyngde mod venstre er bedre end en fordeling, hvor tyngden er mod højre, da det vil sige, at flere borgere har aktivitet i den lavere ende. I den grå figur vist herunder ses en relativ jævn fordeling, der har tyngde nær midten af x-aksen.

Figur 19. Læsevejledning, eksempel



Der var altså flest borgere med 4 kontakter året før de blev inkluderet. På den blå figur er der flest borgere, der har 0 kontakter i året efter inklusion. Dvs. tyngden er forskudt mod venstre og for high risk-gruppen er der opnået en markant forbedring, hvad angår antal kontakter.

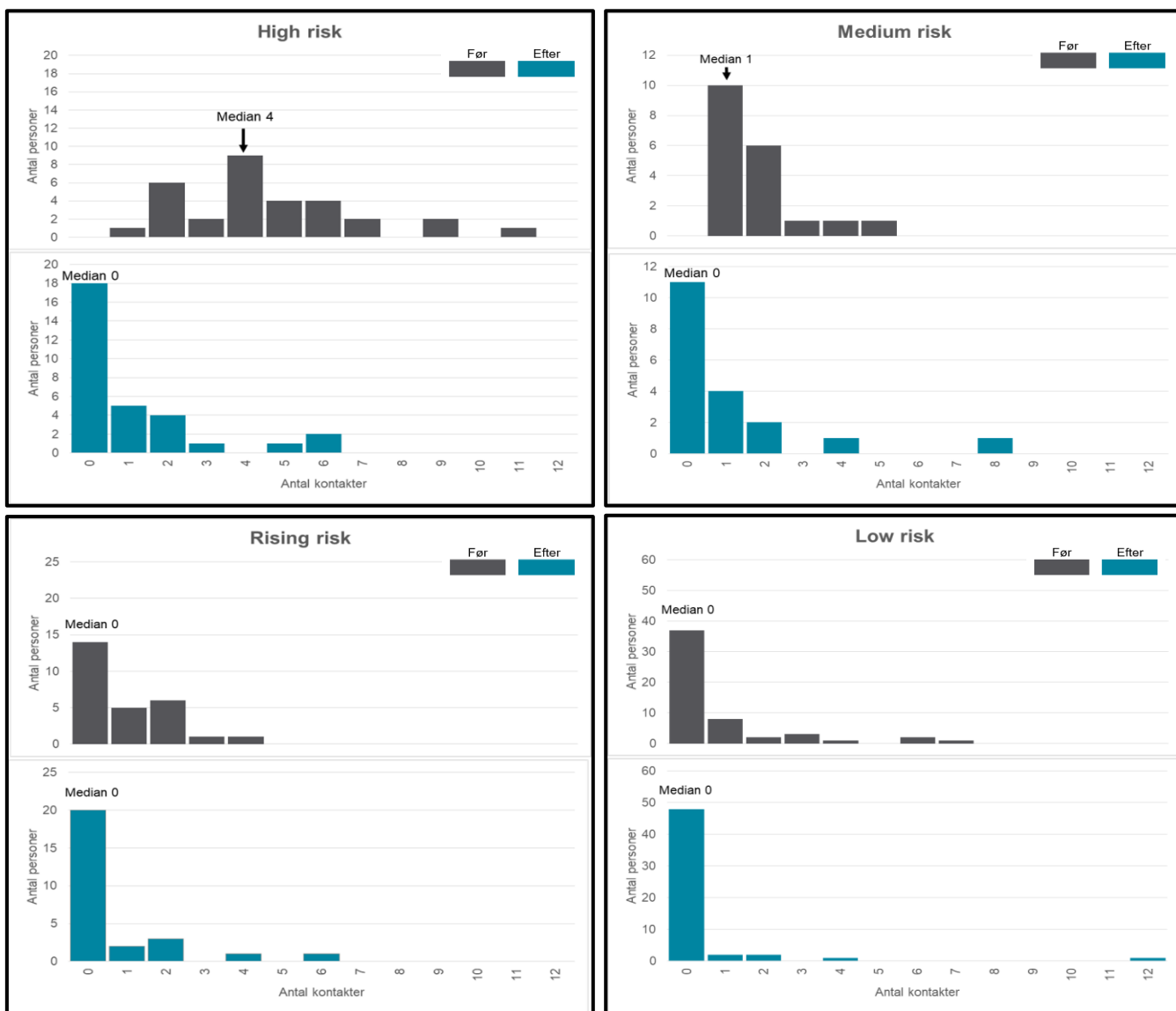
I figurer hvor medianen er ens eller tæt på hinanden, når før og efter inklusion sammenlignes, kan der i nogle tilfælde ses en forandring i, hvordan tyngden i grafen er fordelt hhv. før og efter inklusion og på baggrund heraf kan man alligevel udtale sig om en forbedring eller forværring på trods af en ens median.

4.1.1. Akutte kontakter

Figur 20 viser fordelingen af antallet af akutte kontakter hhv. 12 mdr. før og efter inklusion for de fire risikogrupper. For alle fire grupper ses en forskydning mod venstre, dvs. en reduktion i aktiviteten. High risk-gruppen har en median på 4 akutte kontakter året før inklusion og medium risk gruppen har en median på 1 akut kontakt. Rising risk- og low risk-gruppen har begge en median på 0 før inklusion, hvilket skyldes, at flest personer i gruppen har haft 0 akutte kontakter før, de blev inkluderet.

I efter-perioden har alle grupperne en median på 0 akutte kontakter pr. person pr. år. Selvom medianen er ens før og efter for rising risk og low risk gruppen, så ses der stadigvæk en forbedring efter inklusion i og med, at en større andel af borgerne har 0 akutte kontakter i efterperioden end i før-perioden.

Figur 20. Årligt antal akutte kontakter før og efter inklusion i NærKlinikken



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

Samlet set er der en reduktion i antallet af akutte kontakter for borgerne, efter de inkluderes i NærKlinikken. Beregnes et vægtet gennemsnit svarer det til, at alle borgere, uanset gruppe, har 1,1 akut kontakt mindre om året.

Hvis der alene ses på akutte KOL-relaterede kontakter går high risk-gruppen fra en median på 3 før og 0 efter. Medium risk-gruppen går fra en median på 1 til en median på 0. Enkelte borgere i hhv. medium og low risk gruppen øger antallet af akutte KOL kontakter, når før-perioden og efter-perioden sammenlignes (resultater ikke vist).

Stigningen for sidstnævnte personer kan være et udtryk for, at deres KOL bliver værre over tid, og at de derfor er nået til et mere behandlingskrævende stadie i deres KOL-forløb. Det kan også være et udtryk for, at de har været underbehandlet tidligere, og at deres kontakt med NærKlinikken medfører, at de nu får den rette behandling både i NærKlinikken og på sygehuset.

4.1.2. Akutte sengedage

I figur 21 ses fordelingen af det samlede årlige antal sengedage for akutte indlæggelser før og efter inklusion i NærKlinikken.

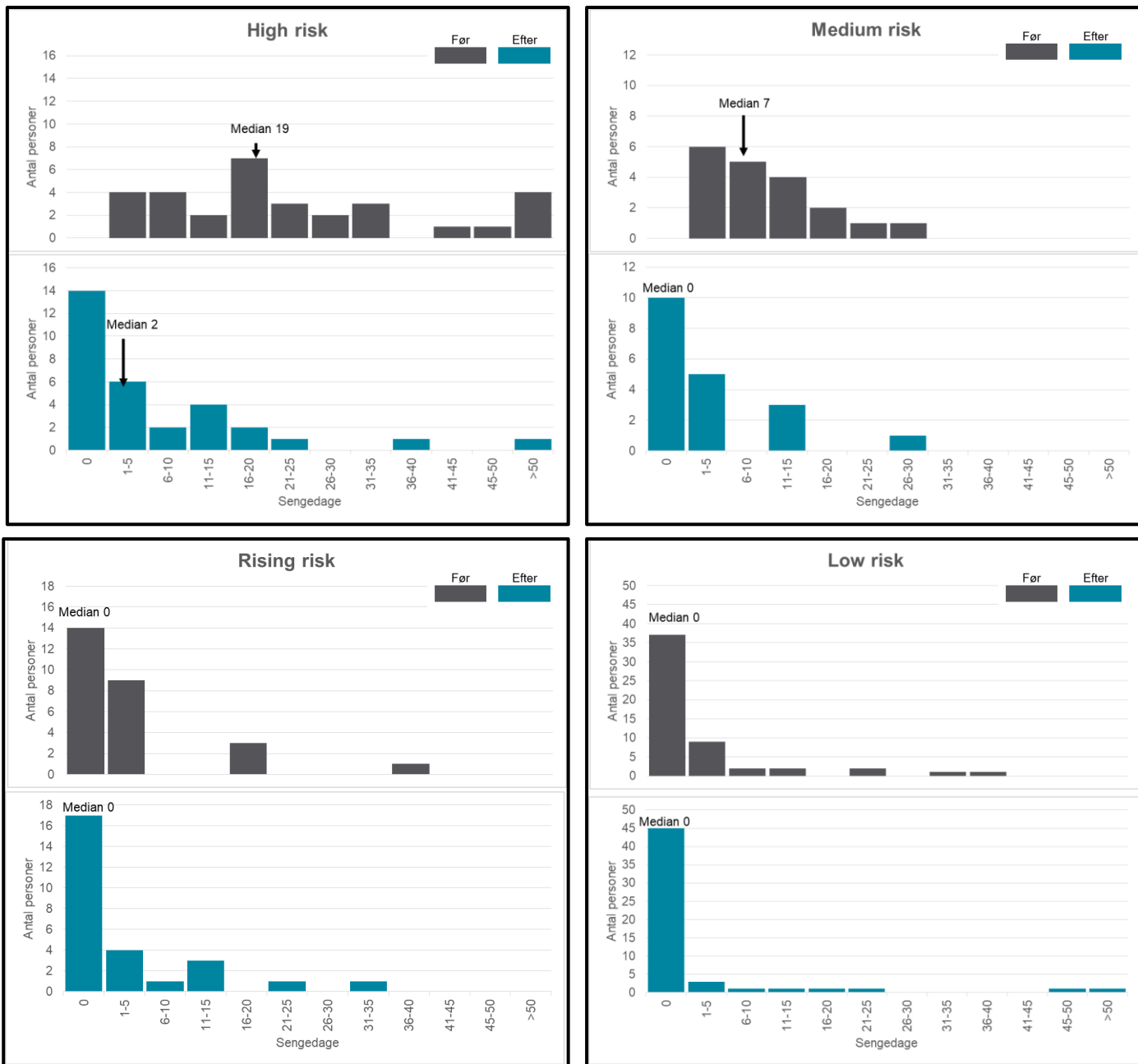
Beregnes et vægtet gennemsnit for faldet i antallet af årlige akutte sengedage før og efter inklusion, så ses en reduktion på 5 sengedage pr. borger pr. år, uanset hvilken gruppe borgeren tilhører. Dog ses der en stor variation grupperne imellem.

For alle fire grupper ses en forskydning mod venstre. High risk-gruppen har en median på 19 akutte sengedage året før inklusion, der reduceres til 2 i året efter inklusion. Medium risk-gruppen reducerer medianen med 7 akutte sengedage (fra 7 til 0). Rising risk og low risk gruppen har begge en median på 0 både før og efter inklusion. Selvom medianen er ens før og efter for rising risk- og low risk-gruppen, så ses der stadigvæk en forbedring i og med, at en større andel af borgerne har 0 akutte sengedage i efterperioden end i før-perioden.

I low risk gruppen er der to borgere, som oplever en betydelig stigning i antallet af akutte sengedage i efter-perioden.

Hvis der alene ses på de KOL-relaterede akutte sengedage går high risk-gruppen fra en median på 12 før til 0 efter for KOL-relaterede kontakter. Medium risk-gruppen går fra en median på 6 til 0. Enkelte borgere i hhv. medium-, rising- og low risk-gruppen øger dog antallet af akutte KOL-relaterede sengedage, når før-perioden og efter-perioden sammenlignes (resultater ikke vist).

Figur 21. Antal akutte sengedage før og efter inklusion i NærKlinikken



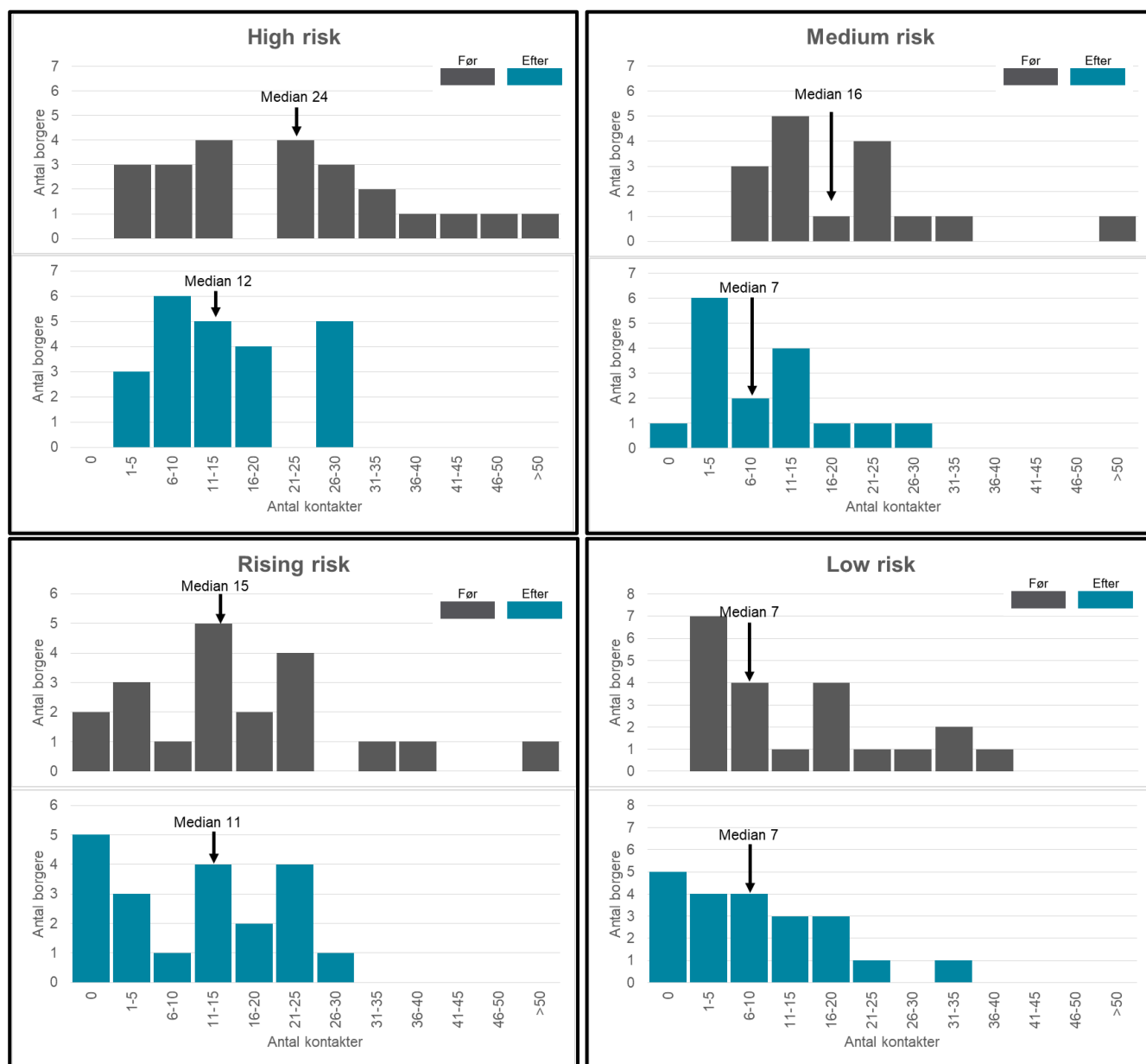
Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

4.1.3. Kontakter til egen læge og lægevagt

I figur 22 ses fordelingen af antallet af kontakter til egen læge og lægevagt hhv. 12 måneder før og efter inklusion i NærKlinikken. I opgørelsen kan en borger maksimalt have én kontakt til hhv. egen læge eller lægevagt pr. dato uanset, hvor mange ydelser der er koblet på kontakten. Det er ikke muligt at differentiere mellem akut og ikke-akut, hvorfor alle kontakter indgår i denne opgørelse. I denne opgørelse tæller både telefonkonsultationer, virtuelle konsultationer og konsultationer med fysisk fremmøde eller hjemmebesøg som én kontakt. Grundet COVID-19 situationen er der kun medtaget data frem til 1. marts 2020.

I alle fire grupper ses en forskydning mod venstre, hvilket indikerer, at borgerne har færre kontakter til egen læge og lægevagt efter inklusion i NærKlinikken. High risk-gruppen går fra en median på 24 før til 12 efter og medium risk reduceres fra en median på 16 til 7. For borgerne i rising risk-gruppen går de fra en median på 15 til 11 og i low risk-gruppen er medianen uforandret før og efter inklusion og ligger på 7. På trods af at medianen ikke bevæger sig, så er der stadigvæk en forskydning mod venstre og en stigning i antallet af borgere, som har 0 kontakter til egen læge og lægevagt (fra 0 til 5 borgere).

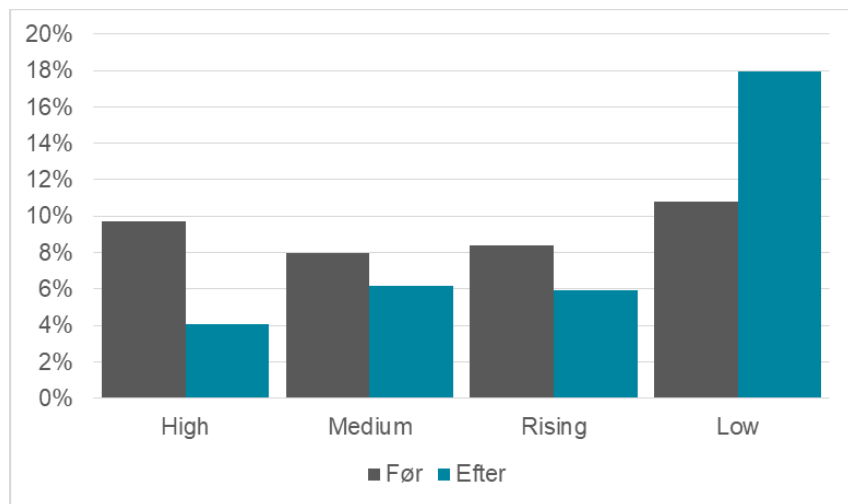
Figur 22. Antal kontakter til egen læge og lægevagt før og efter inklusion i NærKlinikken



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

Figur 23 illustrerer hvor stor en andel af kontakterne til egen læge og lægevagt, der vedrørte lægevagten opgjort pr. gruppe hhv. før og efter inklusion i NærKlinikken. Før inklusion i NærKlinikken vedrørte mellem 8 og 11 pct. af kontakterne lægevagten. Efter inklusion er det mellem 4 og 6 pct. for high-, medium- og rising risk-gruppen, og for low risk-gruppen er andelen steget til 18 pct. Det skal dog bemærkes, at der er en større andel ekstrapoleret data for low risk-gruppen end for de andre grupper, hvorfor der er en større usikkerhed her.

Figur 23. Andel kontakter til egen læge og lægevagt, der vedrører kontakt til lægevagten før og efter inklusion i NærKlinikken



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

4.2. DRG-forbrug

I figur 24 ses fordelingen af borgernes samlede årlige akutte DRG-forbrug på sygehusene før og efter inklusion i NærKlinikken. Beregnes et vægtet gennemsnit opnås en besparelse på ca. 30.000 kr. pr. borger pr. år uanset, hvilken gruppe borgeren tilhører. Der ses dog en stor variation grupperne imellem.

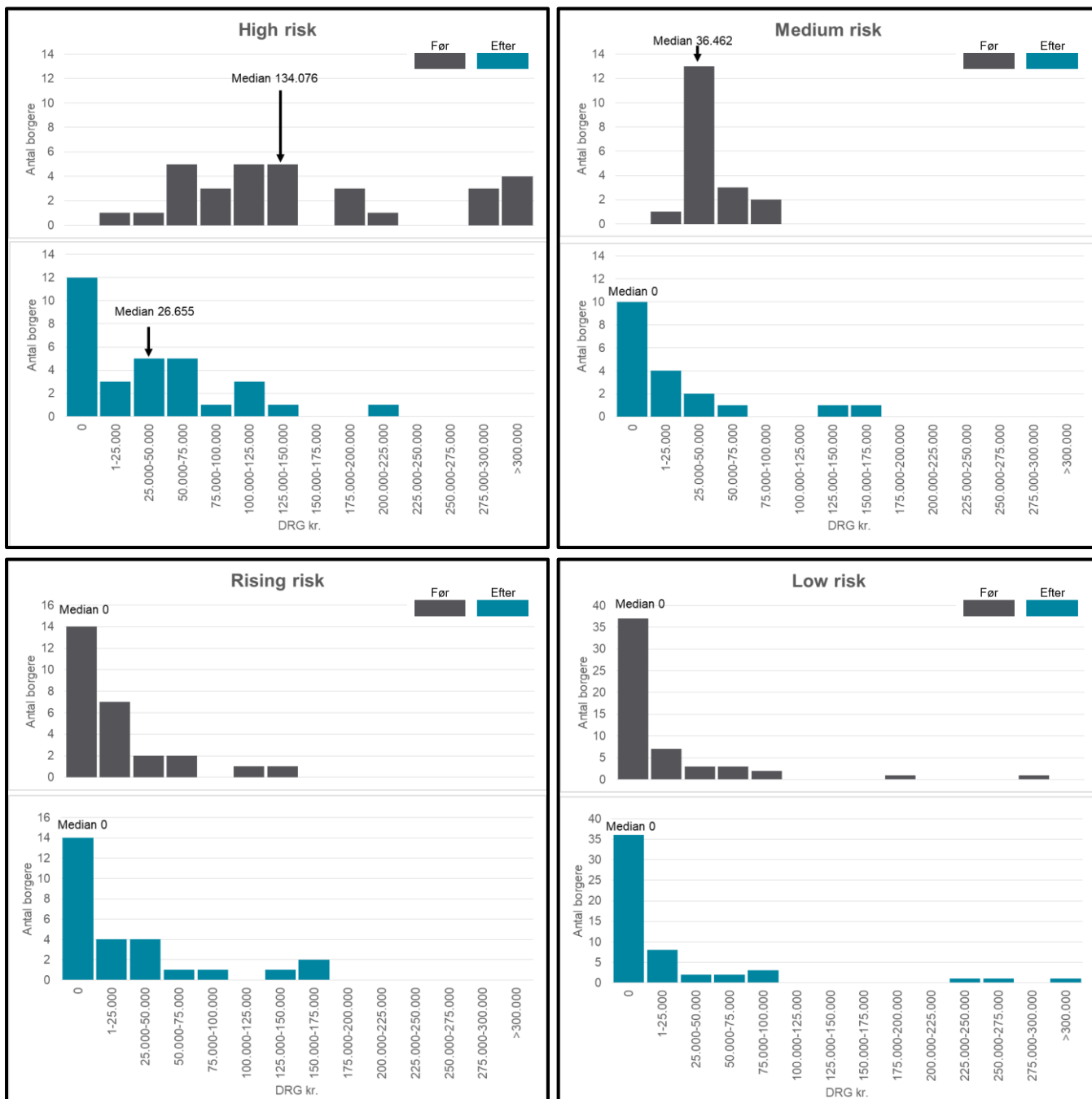
Særligt for high risk- og medium risk-grupperne ses en forskydning mod venstre. High risk-gruppen har det største fald i akut DRG-forbrug. Denne gruppes årlige akutte DRG-forbrug falder med ca. 107.000 kr. pr. borger. For medium risk-gruppen er reduktionen på ca. 36.000 kr. pr. borger pr. år.

For hhv. rising risk- og low risk-gruppen er fordelingen før og efter relativ ens, når det samlede akutte DRG-forbrug sammenlignes.

Adskilles det akutte KOL-relaterede forbrug fra det samlede akutte DRG-forbrug, så er mønstret og fordelingen i grupperne nogenlunde det samme. Besparelsen for det KOL-relaterede forbrug udgør ca. 75 pct. af besparelsen for det samlede akutte DRG-forbrug for borgerne (resultat ikke vist).

Herudover har tidligere resultater indikeret, at der kan forventes en besparelse på de ikke-akutte kontakter. Grundet COVID-19 situationen opgøres besparelsen på det ikke-akutte DRG-forbrug ikke med denne opdatering af rapporten (se mere i metodeafsnittet). Data fra februar 2020 viser, at DRG-forbrug for ikke-akutte kontakter udgjorde ca. 20 pct. af det samlede DRG-forbrug før inklusion og ca. 30 pct. efter inklusion i NærKlinikken. Disse procentsatser svarer til hhv. 7.677 kr. og 13.161 kr. årligt pr. borger. Den planlagte aktivitet er ikke så følsom for inklusion i NærKlinikken, som den akutte sygehusaktivitet. I business case-beregningen tages der højde for dette. Den planlagte aktivitet forventes at udgøre 10%, mens den akutte aktivitet står for 90% af den samlede DRG-besparelse.

Figur 24. Fordeling af årligt akut DRG-forbrug på sygehusene før og efter inklusion i NærKlinikken



Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

4.3. Statistisk test af resultater i NærKlinikken

For at understøtte resultaterne fundet i kapitel 4 er der udført en statistisk analyse af resultaterne vedrørende sygehusaktivitet og DRG-forbrug. Analysen skal teste hypotesen om, at NærKlinikken services kan reducere sygehusaktivitet.

For den statistiske test er der som for de øvrige opgørelser sket en afgrænsning af data som følge af COVID-19, jf. 3.1.

4.3.1. Afgrænsning til borgere tidligere behandlet for KOL i sygehusregi

Som beskrevet i afsnit 2.2 er der inkluderet borgere med let til meget svær KOL. Da der testes en hypotese om reduktion i sygehusaktivitet fokuseres analyserne på de borgere, der har haft behov for behandling tidligere. Borgere, der ikke har haft behov for sygehusbehandling før inklusion i NærKlinikken, vil efterhånden som sygdommen udvikler sig få et større behov efterfølgende, da KOL er irreversibel og progredierende. Drøftelser omkring forebyggelse af forværringer over tid for nydiagnosticerede eller underbehandlede KOL-borgere henhører under fremtidig planlægning og prioritering. Da effektmål i analysen er sygehusaktivitet, udføres analysen alene på de borgere, der året forinden inklusion havde et KOL-relateret behandlingsbehov svarende til et DRG-forbrug på minimum 10.000 kr.

Af 131 borgere der pr. 10. oktober 2020 kunne følges mere end 90 dage fra inklusion til opdateringsdato eller død/udmeldelse havde 50 borgere et KOL-relateret DRG forbrug på mere end 10.000 kr. året forud for inklusion. Det er gruppen af borgere, der i metodebeskrivelsen i afsnit 3 grupperes under high og medium risk.

4.3.2. Periode der indgår i beregninger

Udgangspunktet for den statistiske metode er populationens sygehusaktivitet over 24 måneder forud for inklusion, og efterfølgende forbrug op til 12 måneder efter. Ikke alle 50 personer kan følges i 12 måneder pga. udmeldelse eller død eller inklusion efter oktober 2019.

I forbindelse med projektet er der lavet opgørelser, der viser, at aktivitetsniveauet for borgere med KOL i Region Sjælland stiger betragteligt 1 måned før dødsdato for personer med en KOL-diagnose. Da denne aktivitet anses for uundgåelig med de nuværende tilbud i NærKlinikken, er det besluttet at udtage aktivitet og risikotid i analysen på afdøde borgere for de sidste 30 dage før død.

4.3.3. Statistisk Metode

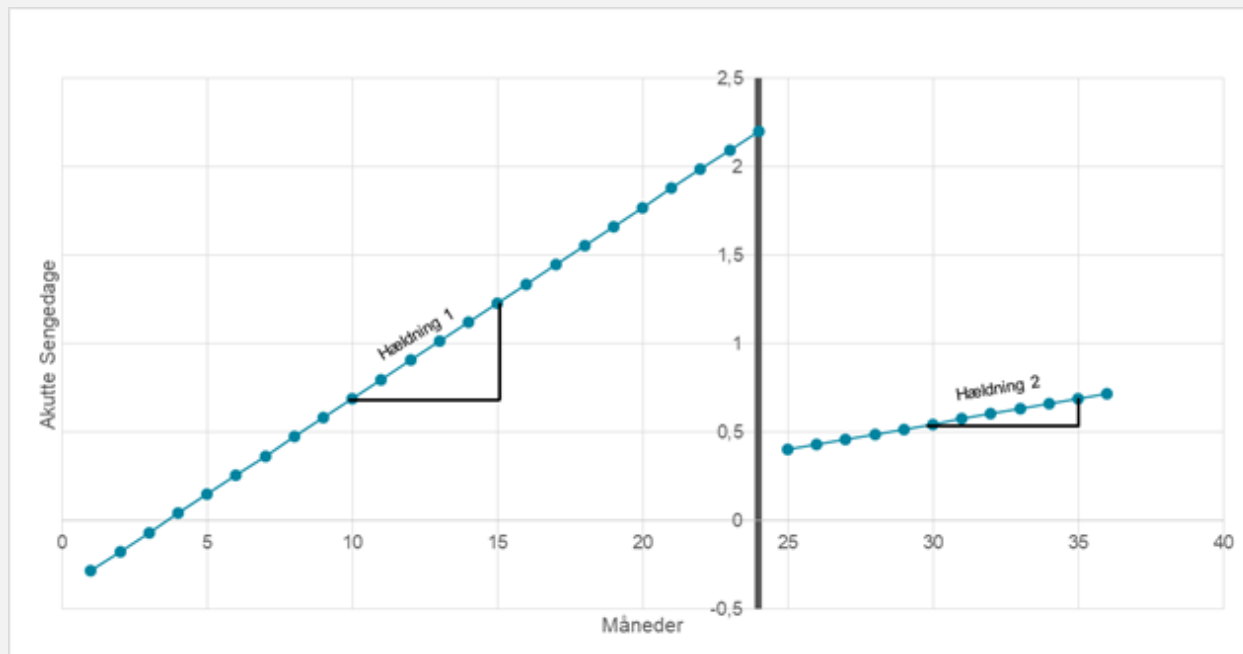
Da det ikke har været muligt at udpege en sammenlignelig registerbaseret kontrolgruppe, var anbefalingerne fra DaCHE, Syddansk Universitet at udføre en såkaldt Interrupted times series analyse – ITS-analyse, der benytter de inkluderede borgere som deres egen kontrol, og tager højde for den underliggende udvikling af de forskellige måleparametre. Da KOL er en progredierende sygdom og vi undersøger en hypotese om reduktion i hospitalsforbrug, anses en ITS-analyse som konservativ. Figur 25 illustrerer de parametre ITS-modellen estimerer.

Metoden anvender en regressionsmodel til at estimere:

- Udvikling pr. måned i eksempelvis akutte sengedage før borgerne inkluderes i NærKlinikken (hældning 1)
- Eventuelle spring i niveauet af forbrugte akutte sengedage umiddelbart før og efter inklusion (fald ved $t=0$)
- Ændring i udvikling pr. måned i forbruget af akutte sengedage efter inklusion i forhold til den udvikling der var i perioden op til inklusion (Hældning 2 – hældning 1).

(Nærmere beskrivelse af ITS-metode og modelantagelser findes i bilag 2)

Figur 25. ITS-model – estimerede parametre



Ved 12 måneders opfølgning havde 34 af de 50 borgere været inkluderet i alle måneder, 3 var døde, indenfor 12 måneder fra inklusion, og 13 havde været inkluderet mellem 98 og 354 dage. Borgerne, der ikke kan følges hele 12 måneder, indgår i analysen med den tid, de har været inkluderet indtil udmeldelse, eller til 30 dage før død.

Da ikke alle borgere i analysen kan følges i 12 måneder på grund af løbende inklusion og størstedelen af de 50 borgere med højt forbrug forud for inklusion blev inkluderet i starten af projektet, kontrolleres resultater for sæsonvariation.

Derudover er der lagt et konservativt blik på resultaterne ved at lave analyser, der tager højde for sammenfald med inklusion og evt. forværring af sygdom. Konsekvensen af evt. inklusion efter en tilstandsforværring med øget sygehusaktivitet vil være, at før-periodens omkostninger overvurderes sammenlignet med en situation med tilfældig inklusion. Hvis før-periodens omkostninger overvurderes, vil NærKlinikkens effekt overvurderes.

Hvis inklusion derimod er sammenfaldende med første exacerbation i lang tid og det antages, at der er en øget hospitalsaktivitet efter en exacerbation pga. øget monitorering, vil efterperiodens omkostninger være overvurderet i forhold til en situation med tilfældig inklusion, og effekten af NærKlinikken vil undervurderes.

For at korrigere for en evt. overvurdering af effekten foretages to robusthedstjek. Dette sker i parallelle analyser ved at tage måneden og tilhørende aktivitet før inklusion ud af analysen og dernæst en analyse, hvor to måneder før udgår. Der vil i det følgende refereres til analyserne som robusthedstjek 1 og 2.

4.3.4. Resultater af ITS-analysen

I tabel 2 fremgår resultaterne for ITS-analysen med 12 måneders opfølgning uden robusthedstjek og med robusthedstjek 1 og 2. Alle resultater herunder er justeret for sæsonvariation.

"Estimat intervention" er ITS analysens beregnede estimat for, hvad inklusion i NærKlinikken betyder i ændring af det månedlige niveau for effektmålet (aktivitet) pr. borger umiddelbart efter inklusion. P-værdien for interventionen beskriver, hvor sandsynligt resultatet er, hvis inklusion i NærKlinikken ikke havde nogen effekt. P-værdier under 0,05 betegnes her signifikant. Nedre og øvre 95 pct. CI beskriver, at effekten med 95 pct. sandsynlighed ligger mellem disse grænser. "Estimat trend efter" er den beregnede ændring for udvikling pr. måned i perioden efter inklusion i forhold til udviklingen pr. måned før inklusion.

Alle estimater i tabel 2 er negative – hvilket betyder, at der er tale om fald og reduceret vækst i udvikling af aktivitet og forbrug over tid.

Tabel 2. Resultater af ITS analyse. Interventionseffekt og trend efter intervention (12 måneders opfølgning) N=50

Fuld analyse – alle måneder

Effektmål månedlig rate	Estimat intervention	P-værdi intervention	Nedre 95% CI	Øvre 95% CI	Estimat trend efter	P-værdi trend efter	Nedre 95% CI	Øvre 95% CI
Antal akutte exacerbationer (kontakter)	-0.11	0.00	-0.19	-0.04	-0.01	0.05	-0.03	0.00
Antal akutte sengedage - exacerbation	-0.62	0.02	-1.14	-0.10	-0.09	0.11	-0.19	0.02
Antal akutte KOL relaterede kontakter	-0.21	0.00	-0.31	-0.11	-0.02	0.06	-0.04	0.00
Antal akutte KOL relaterede sengedage	-1.45	0.00	-2.16	-0.73	-0.10	0.16	-0.24	0.04
Antal akutte kontakter total	-0.25	0.00	-0.38	-0.13	-0.03	0.03	-0.05	0.00
Antal akutte sengedage	-1.74	0.00	-2.57	-0.91	-0.14	0.09	-0.31	0.02
Akut DRG forbrug total	-10195.19	0.00	-16774.35	-3616.03	-951.80	0.15	-2260.27	356.67
Akut DRG forbrug - exacerbation	-4135.17	0.04	-8071.36	-198.98	-557.18	0.16	-1340.01	225.66
Akut DRG forbrug - KOL relateret	-8416.26	0.00	-13670.39	-3162.13	-736.94	0.16	-1781.88	308.01

Robusthedstjek 1 - 1 måned før inklusion ekskluderet

Effektmål månedlig rate	Estimat intervention	P-værdi intervention	Nedre 95% CI	Øvre 95% CI	Estimat trend efter	P-værdi trend efter	Nedre 95% CI	Øvre 95% CI
Antal akutte exacerbationer (kontakter)	-0.08	0.01	-0.15	-0.02	-0.01	0.04	-0.03	0.00
Antal akutte sengedage - exacerbation	-0.47	0.06	-0.97	0.03	-0.08	0.12	-0.18	0.02
Antal akutte KOL relaterede kontakter	-0.17	0.00	-0.27	-0.08	-0.02	0.07	-0.04	0.00
Antal akutte KOL relaterede sengedage	-1.32	0.00	-2.04	-0.59	-0.10	0.18	-0.24	0.05
Antal akutte kontakter total	-0.22	0.00	-0.34	-0.09	-0.03	0.03	-0.05	0.00
Antal akutte sengedage	-1.61	0.00	-2.46	-0.76	-0.14	0.10	-0.31	0.03
Akut DRG forbrug total	-8050.88	0.01	-14172.01	-1929.74	-848.80	0.16	-2062.81	365.22
Akut DRG forbrug - exacerbation	-2055.26	0.08	-4341.05	230.54	-435.62	0.06	-888.96	17.73
Akut DRG forbrug - KOL relateret	-6497.80	0.01	-11204.72	-1790.88	-641.54	0.17	-1575.07	292.00

Robusthedstjek 2 - 2 måneder før inklusion ekskluderet

Effektmål månedlig rate	Estimat intervention	P-værdi intervention	Nedre 95% CI	Øvre 95% CI	Estimat trend efter	P-værdi trend efter	Nedre 95% CI	Øvre 95% CI
Antal akutte exacerbationer (kontakter)	-0.05	0.02	-0.09	-0.01	-0.01	0.01	-0.02	0.00
Antal akutte sengedage - exacerbation	-0.20	0.14	-0.47	0.07	-0.06	0.03	-0.11	-0.01
Antal akutte KOL relaterede kontakter	-0.13	0.00	-0.22	-0.05	-0.02	0.07	-0.03	0.00
Antal akutte KOL relaterede sengedage	-1.09	0.00	-1.79	-0.39	-0.09	0.21	-0.23	0.05
Antal akutte kontakter total	-0.19	0.00	-0.31	-0.06	-0.03	0.04	-0.05	0.00
Antal akutte sengedage	-1.43	0.00	-2.29	-0.57	-0.14	0.11	-0.31	0.04
Akut DRG forbrug total	-7060.70	0.03	-13278.19	-843.21	-815.97	0.18	-2045.78	413.84
Akut DRG forbrug - exacerbation	-791.64	0.20	-2022.12	438.85	-357.90	0.01	-601.29	-114.51
Akut DRG forbrug - KOL relateret	-5386.88	0.02	-10044.39	-729.36	-592.46	0.20	-1513.71	328.79

Analysen viser statistisk signifikante effekter på 7 ud af 9 aktivitets- og forbrugsmål på akutområdet. Samtlige analyser viser signifikante fald for efter-niveaulet. Undlades månederne før inklusion i analysen, påvirker det især estimer af effekt på exacerbationer, hvilket understøtter antagelsen omkring, at inklusion foregår i relation til forværring af KOL.

Resultaterne efter robusthedstjek 1 og 2 viser dog stadig en markant effektreduktion ved intervention og signifikante reduktioner i hældningen for udviklingen på efterfølgende forbrug af sygehusydelser.

Hvis der anlægges et yderst konservativt blik på effekten af NærKlinikken ved at sammenligne resultater for de sæsonjusterede estimer fra robusthedstjek 2 med det månedlige gennemsnit i året før inklusion i NærKlinikken, kan der skabes et billede af størrelsen af den fundne effekt.

For samtlige effektmål estimeres en reduktion, der svarer til et fald på mellem 22 og 92 pct. i forhold til det ikke justerede månedlige gennemsnit et år forud for intervention (Tabel 3). I tabel 3 ses de sæsonjusterede gennemsnitlige besparelser pr. borger efter inklusion i NærKlinikken. Resultaterne viser blandt andet en signifikant reduktion på godt 7.000 akutte DRG-kroner og 1,4 akutte sengedage om måneden pr. borger ved inklusion i NærKlinikken som umiddelbar effekt (niveaufald). Derudover estimerer modellen også flere signifikante reduktioner i væksten i det efterfølgende forbrug relateret til exacerbationer set i forhold til udviklingen forud for inklusion.

Analysens fund understøtter med en konservativ metode hypotesen om, at NærKlinikken tilbud reducerer tidligere sygehusbehandlede KOL-borgers behov for akutte sygehusydelser i forhold til årene før inklusion og de tidligere beskrevne resultater, samt at udviklingen i behovet for akutte ydelser også går knap så stærkt som udviklingen i forbruget inden tilknytning til NærKlinikken.

Tabel 3. Umiddelbart procentvis fald i forbrug for borgere med tidligere DRG-forbrug – Robusthedstjek 2

Effektmål	Månedligt gennemsnit (0 -12 mndr før)	Estimeret månedlig ændring	Månedlig reduktion efter intervention
Årlig Antal akutte exacerbationer (kontakter)	0.11	-0.05	45 %
Antal akutte sengedage - exacerbation	0.53	-0.20	37 %
Antal akutte KOL relaterede kontakter	0.19	-0.13	68 %

Antal akutte KOL relaterede sengedage	1.18	-1.09	92 %
Antal akutte kontakter total	0.29	-0.19	66 %
Antal akutte sengedage	1.68	-1.43	85 %
Akut DRG forbrug total	10 125.74	-7 060.70	68 %
Akut DRG forbrug - exacerbation	3 608.16	-791.64	22 %
Akut DRG forbrug - KOL relateret	7 549.20	-5 386.88	74 %

4.4. Business case

Omkostninger og gevinster som følge af etableringen af NærKlinikken sammenstilles i dette afsnit med henblik på at vurdere NærKlinikken økonomiske rentabilitet.

4.4.1. Økonomiske omkostninger

Omkostningerne tager udgangspunkt i kendte udgifter de første 23 måneder efter opstart af NærKlinikken. Udgifter i perioden herefter er estimeret beregnet med udgangspunkt i den forgangne periodes gennemsnit samt forudsætninger om blandt andet årsvariation, patientinklusion og personaleforbrug.

Omkostningerne omfatter investeringsudgifter til etablering af NærKlinikken samt faste og variable økonomiske udgifter relateret til den løbende drift af klinikken.

De samlede omkostninger er opgjort til at udgøre:

	Samlede udgifter i alt	Gennemsnitlig årlig udgift pr. inkluderet borger
Hele den treårige periode	8.809.000 kr.	29.552 kr.
De første to år efter etablering	6.260.000 kr.	42.279 kr.
Det tredje år – ”fuld drifts periode”	2.549.000 kr.	16.990 kr.

Boks 5. Udgifter i forbindelse med etablering og løbende drift af NærKlinikken

Investeringsudgifter

Investeringsudgifterne omfatter indkøb af inventar, klinisk udstyr, IT-udstyr, indkøb af udstyr til personale og borgerne.

Investeringsudgifterne er generelt beregnet månedsvist fordelt over en treårig periode. Udgifter til indkøb af udstyr til borgerne er dog beregnet månedsvist fordelt over en toårig periode. Udgiften det sidste år i projektperioden antages at svare til den gennemsnitlige udgift hertil i 2020.

Uddannelse af KAP-personale er en etableringsudgift, der kun relaterer sig til 2019.

Faste udgifter

De faste udgifter omfatter lønudgifter, udgifter til leasing af biler samt øvrige driftsomkostninger, herunder abonnementsudgifter til personalets telefoner og tablets.

Lønudgifter og abonnementsudgifter til personale er opgjort på baggrund af oplysninger om faktisk antal personale tilknyttet NærKlinikken i den aktuelle måned. Øvrige faste udgifter indgår i business casen som månedsgennemsnit beregnet på baggrund af årets udgifter hertil.

Der er ikke indarbejdet en udgift til det træk på den kommunale vagtordning, der reelt kan bruges af borgere fra NærKlinikken i perioden kl. 15.30-22.30. Dette skyldes, at der endnu ikke har været inkluderet et antal borgere, der medfører et reelt forbrug af vagtordningen. I gennemsnit har borgerne fra NærKlinikken henvendt sig til vagtordningen 0,75 gange pr. dag i alt. En yderligere udbredelse af NærKlinikken patientgruppe kan dog på sigt medføre udgifter til dækning af deres træk på vagtordningen.

Variable udgifter

De variable udgifter omfatter udgift til medicin, forbrug af kliniske materialer i klinikken samt drift af borgeres tablets.

Overhead

Der er inkluderet overhead-udgifter svarende til 4 pct. af de samlede omkostninger.

4.4.2. Gevinster – økonomiske konsekvenser af ændret forbrug af sundhedsydelse

Den økonomiske gevinst af etableringen af NærKlinikken er opgjort på baggrund af de inkluderede borgers forbrug af sundhedsydelser hhv. før og efter inklusion i klinikken. Gevinsten udgør forskellen mellem disse to værdier.

Udgiften til borgernes aktivitet i sundhedsvæsenet summeres henholdsvis et år før og et år efter den enkelte borgers inklusion i klinikken. Opgørelsen er foretaget på individniveau, men er summeret for alle inkluderede borgere.

Aktiviteten efter inklusion er ekstrapoleret til helårsniveau for de borgere, der ikke har været inkluderet i NærKlinikken i et helt år på opgørelsestidspunktet. Ekstrapolationen er foretaget på baggrund af det faktiske gennemsnitlige forbrug for de inkluderede måneder, og tager ikke højde for periodiske udsving i aktiviteten i løbet af året. Andelen af det ekstrapolerede forbrug udgør 17 pct. i forhold til sygehusaktivitet og 25 pct. i forhold til sygesikringsaktiviteter.

De tidligere nævnte eksklusionskriterier har også været gældende i den aktivitetsopgørelse, der ligger til grund for opgørelsen af gevinster. Således er aktivitet i relation til borgere, der ikke har været inkluderet i mindst 90 dage udeladt, ligesom de sidste 30 dages aktivitet hos borgere, der er afdøde, ikke er medtaget.

Beregningsmetoden og eksklusionskriterier har været ens for opgørelsen af DRG-udgifter og udgifter til praktiserende læge og vagtlæge.

De samlede gevinster er estimeret til at udgøre:

	Samlede gevinster i alt	Gennemsnitlig gevinst pr. inkluderet borger pr. år
Hele den treårige periode	12.305.000 kr.	41.279 kr.
De første to år efter etablering	6.084.000 kr.	41.086 kr.
Det tredje år – ”fuld drifts periode”	6.220.000 kr.	41.470 kr.

Boks 6. Gevinster som følge af etablering af NærKlinikken**Forbrug af sygehusydelser**

Grundet COVID-19 pandemiens konsekvenser for den planlagte sygehusaktivitet, tages der i opgørelsen af ændringer i forbruget af sygehusydelser udgangspunkt i den akutte sygehusaktivitet.

Analyser af aktiviteten inden 1. marts 2020 peger på, at NærKlinikken også har en positiv effekt på den planlagte sygehusaktivitet. Den planlagte aktivitet er dog ikke nær så følsom overfor inklusion i NærKlinikken, som den akutte aktivitet. Opgørelser af aktivitet før og efter inklusion i NærKlinikken viser, at den planlagte sygehusaktivitet udgør 7-10 pct. af det samlede fald i DRG-udgifter.

Den planlagte sygehusaktivitet beregnes med udgangspunkt i den konstaterede nedgang i DRG-udgifter til akutte indlæggelser. Ændringen i den akutte DRG-udgift forudsættes at udgøre 90 pct., og den planlagte sygehusaktivitet 10 pct. af den samlede DRG-besparelse.

Aktivitet hos praktiserende læge og vagtlæge

Borgernes aktivitet hos praktiserende læge og vagtlæge er opgjort på samme måde som aktiviteten i sygehusvæsenet.

Fra den 1. januar 2020 har sygesikringsregisteret ved en fejl ikke indeholdt oplysninger om behandlingsdato. For aktivitet herefter findes alene oplysninger om den måned, aktiviteten har fundet sted. I forhold til den individuelle periodisering af den enkelte borgers aktivitet, har det derfor været nødvendigt at fastsætte en konkret dato for aktiviteten. Konkret er det valgt, at al aktivitet i en måned er henført til den første i den aktuelle måned.

Kommunale ydelser (hjemmepleje og sundhedsydelser) efter akut indlæggelse

For nogle borgere sker der en stigning i den hjælp, de modtager fra kommunen i form af hjemmepleje eller sundhedsydelser, når de udskrives efter en akut indlæggelse.

Besparelsen i de kommunale ydelser er i denne business case beregnet med udgangspunkt i omfanget af tildelte kommunale ydelser for den enkelte borger hhv. 30 dage før og 30 dage efter en akut indlæggelse. Denne forskel forventes at udgøre besparelsen pr. undgået akut indlæggelsen.

Hver inkluderet borger undgår i gennemsnit 1,1 akut indlæggelse årligt efter inklusion i NærKlinikken.

Inden inklusion i NærKlinikken, har en akut indlæggelse afstedkommet, at borgerne efterfølgende i gennemsnit har fået visiteret flere kommunale ydelser svarende til 1.043 kr. Efter inklusion i NærKlinikken er denne mervisitation af kommunale ydelser faldet til 832 kr.

Besparelsen i de kommunale ydelser beregnes med udgangspunkt i de akutte indlæggelser. Besparelsen udgør dels værdien af de kommunale ydelser, der ikke visiteres som følge af, at der undgås akutte indlæggelser, dels udgør den en besparelse i form af, at omfanget af kommunale merydelser efter en akut indlæggelse er faldet. Samlet giver dette en årlig besparelse pr. borger på 4.056 kr.

Beregningen er under forudsætning af en kommunal timepris på 245 kr., og at mervisitationen af de kommunale ydelser sker i en periode på tre måneder efter en akut udskrivning, hvorefter omfanget af kommunale ydelser atter falder til oprindeligt niveau. Hvis revisiteringen i gennemsnit sker efter længere tid end tre måneder, vil gevinsten være større.

Transportudgifter

Udgifterne til transport af borgere falder som følge af, at kontakten mellem borgere og behandlingspersonale digitaliseres og målingerne af sundhedstilstand og rådgivningen flyttes ud i borgernes hjem.

Health Innovation Institute har for PreCare-projektet gennemført en analyse af konkrete regionale og kommunale udgifter til transport og refusion for transport af borgere tilknyttet NærKlinikken. Analysen viste, at transportudgifterne udgør 7 pct. af de samlede sundhedsaktiviteter.

Denne procentsats er inkluderet i business casen, og besparelsen i transportudgifterne beregnes ud fra den samlede besparelse i DRG-beløb for sygehusindlæggelser og sygesikringsudgifter.

Transportudgifterne vil i løbet af 2021 blive kvalificeret i business casen, således at gevinsten vil blive estimeret på baggrund af mere aktuelle data for en større andel af de inkluderede borgere.

4.4.3. Nettobesparelse og break-even

NærKlinikkens besparelspotentiale er forskellen mellem de samlede estimerede gevinster og omkostninger, der relaterer sig til NærKlinikken. Ved break-even forstås tidspunktet, hvor de *månedlige* gevinster overstiger de månedlige udgifter, mens tidspunktet for opnåelse af en positiv business case sker, når de *samlede* gevinster overstiger de samlede udgifter, incl. etableringsomkostninger.

Den samlede nettobesparelse for NærKlinikken er opgjort til:

	Samlet i alt	Gennemsnitligt pr. inkluderet borger pr. år
Hele den treårige periode	3.496.000 kr.	11.727 kr.
De første to år efter etablering	-176.000 kr.	-1.190 kr.
Det tredje år – ”fuld drifts periode”	3.672.000 kr.	24.479 kr.

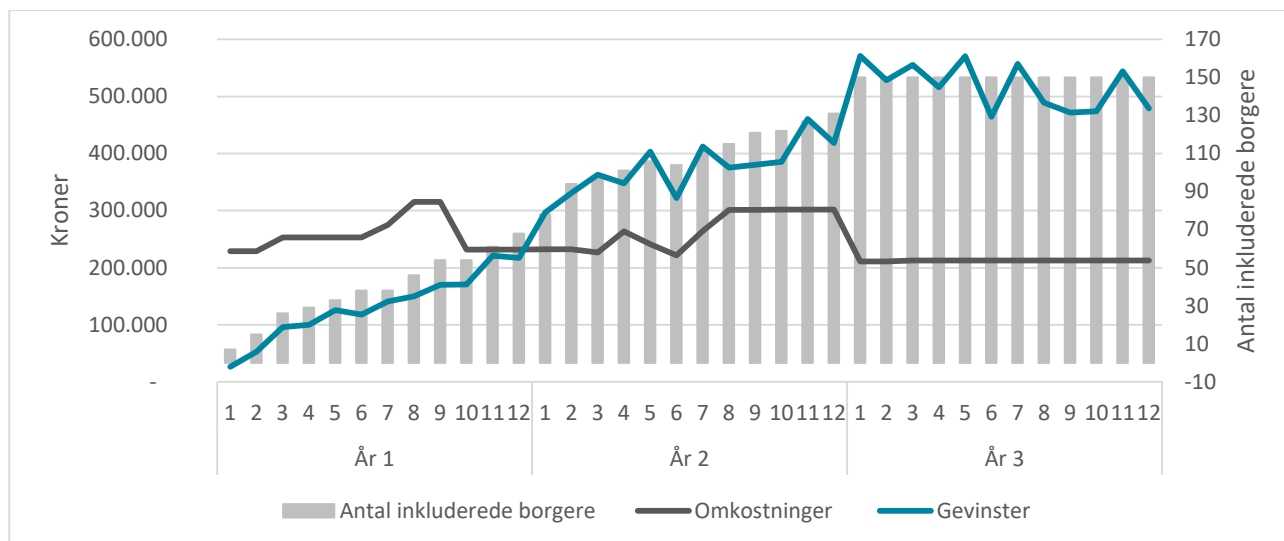
Samlet set er nettobesparelsen for NærKlinikken i hele den treårige periode ca. 3,5 mio. kr.

Af tabellen fremgår det, at der ikke opnås en positiv business case for NærKlinikken indenfor de første to år efter klinikkens etablering. Efter de første to år, når NærKlinikken er i en tilnærmelsesvis ”fuld drifts ”-situation, overstiger gevinsterne dog omkostningerne i sådan en grad, at de første to års underskud mere end dækkes.

Der opnås en positiv business case for NærKlinikken efter 25 måneder, hvorefter NærKlinikken afstedkommer en nettobesparelse på ca. 3,67 mio. kr. årligt i projektets tredje og følgende år.

I figur 26 er omkostningerne ved såvel opstart som drift af NærKlinikken sammenholdt med de beregnede og estimerede gevinster af klinikken.

Af figuren ses, at de månedlige gevinster overstiger de månedlige udgifter til drift af klinikken efter 12-13 måneder. Dette tidspunkt defineres som NærKlinikkens break-even. Resultaterne bekræfter og styrker således den tendens, der tidligere har været konstateret.

Figur 26. Gevinster og omkostninger ved NærKlinikken opgjort pr. måned


Kilde: Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland

4.5. Borgernes oplevelse af NærKlinikken

Som uddybet i metodeafsnittet er der over to omgange gennemført interviews med udvalgte borgere i NærKlinikken (11 borgere i alt, hvoraf tre er interviewet to gange). Fokus i interviewene har i begge omgange været at få en forståelse af borgernes oplevelse af livet med kronisk sygdom, og hvordan de oplever, at NærKlinikken påvirker dette. I forhold til de "gen-interviewede" borgere har fokus været på at forstå, om der er sket en udvikling i borgernes oplevelse af NærKlinikken og i deres forståelse af deres eget helbred og egen-mestring, i forhold til, da de først blev interviewet og havde været med i NærKlinikken i langt kortere tid. Interviewene er suppleret med interviews af klinisk personale i NærKlinikken og en praktiserende læge og analyseret med henblik på en nærmere forståelse af den transformation, som NærKlinikken medfører. I det følgende er de centrale resultater fra denne analyse gengivet.

Nærhedens anatomi – forskellen der gør en forskel

Overordnet set bekræfter den udvidede analyse med flere interviewpersoner langt hen af vejen de temaer og resultater, som interviewene fra 2019, viste, og som er gengivet i rapporten "NærKlinikken – resultater efter 1 år". Interviewene med de tre gen-interviewede borgere viste heller ikke store ændringer eller udsving i deres opfattelse af NærKlinikken over tid. Analysen bidrager dog med flere nuancer og uddybning af det tidligere afrapporterede, ikke mindst i forhold til forståelsen af, hvad der understøtter borgernes egen-mestring af deres sygdom.

Både borgerne og de interviewede behandlere oplever, at KOL underprioriteres i sundhedsvæsenet og at denne store gruppe kronikere ikke rigtigt passer ind. Som andre kroniske lidelser har det etablerede sundhedssystem svært ved at håndtere KOL-borgerne, især de multisyge.

De interviewede borgere oplever, at NærKlinikken imødekommer deres behov på en måde, som det etablerede sundhedsvæsen ikke formår. NærKlinikken opleves som en medspiller, der kan agere agilt og rettidigt, hvilket gør livet med KOL nemmere i mange henseender.

Som også fremhævet i afrapporteringen af den første interviewrunde, er det ikke teknologien alene, der gør en forskel, men også det "borgercentriske mindset", der understøtter brugen af telemedicin i NærKlinikken.

Analysen viser, at *nærhed er "forskellen, der gør en forskel"* – ikke kun for borgernes trivsel, men også for den kliniske performance. Borgernærhed fremhæves som NærKlinikkens kardinalværdi, og som forudsætningen for at styrke og understøtte borgernes egne ressourcer og kompetencer.

Det bliver derfor vigtigt at forstå hvad, der ligger i begrebet nærhed. Interviewene viste en fælles klynge af nærhedsskabende værdier, som borgerne oplever som værende helt centrale i det NærKlinikken kan og gør i samspillet med dem. Værdierne er som følger:

- Tid
- Tilgængelighed
- Tillid
- Tryghed
- Troværdighed

I analysen er værdierne omtalt som "de fem T'er". I tabel 4 nedenfor vises eksempler på, hvordan de fem T'er kommer til udtryk i borgernes samspil med behandlerne i NærKlinikken, baseret på borgernes oplevelser.

Tabel 4. De fem T'er

Tid	Tilgængelighed	Tillid	Tryghed	Troværdighed
De reagerer hurtigt og effektivt	Lokalt RKC-center og akutpladser	De respekterer mig og mine ønsker	De våger over mig og passer på mig	Professionelle og dygtige behandlere
De tager sig god tid til at lytte og instruere	De kommer hjem til mig, når det passer mig	Jeg kan møde dem fysisk. De er empatiske og relationsskabende.	De er omsorgsgivende og kommer, når jeg har brug for det	De taler min sag ud fra en fælles forståelse
De spilder ikke min tid unødigt (respekterer min tid)	Jeg har adgang til lægehjælp 24/7	Fokus på mit generelle velbefindende (ikke kun sygdom), så vi kender hinanden	Jeg har samme kontaktperson, der også fungerer som mellemmand til andre systemer	De handler og holder hvad de lover
De sparer tid i hverdagen for mig	De er nærværende i dialogen med mig	De taler et sprog, jeg kan forstå	De er også i kontakt med mine pårørende	De brænder for at forbedre forholdene i sundhedsvæsenet

De "fem T'er" relaterer sig især til de empatiske, moralske og etiske relationer, som borgerne oplever at have med NærKlinikken personale. Disse er vigtige værdiskabende faktorer for borgerne, fordi de føler sig værdsat, respekteret og trygge, når man tager sig tid til dem, er der for dem, når de behøver det, og giver dem ansvar og viser dem tillid, når de har overskuddet til det. Det er samtidigt disse værdier, borgerne ofte savner i interaktionen med egen læge, hospitaler og hjemmepleje, hvilket også blev bekræftet som værende oplevelsen hos de interviewede behandlere.

"Bare det, at vi har set hinanden i øjnene og snakket om de her ting, det giver den tryghed, og det giver den trygge ramme, vi er kun os, vi er ikke et eller andet stort sygehus, et eller andet stort lægehus.

[Så der er en intimitet omkring dit sygdomsforløb?]. Fuldstændig og pludselig er jeg i den situation, at der er nogle mennesker, der fortæller mig, at de er til for min skyld. Det er der ingen medicinske væsner, der har fortalt mig i meget lang tid - ikke at de ikke har været søde ved mig, ikke at de ikke har sørget for, at jeg har fået hvad jeg skulle have, osv. Men følelsen af at være i centrum, den er så udpræget."

Borger i NærKlinikken

Borgerne har 'rigtige samtaler' med det sundhedsfaglige personale fra NærKlinikken, hvor de føler, at de bliver taget alvorligt, og hvor de oplever at der er en forståelse for netop den kontekst eller situation, de befinder sig i. Nærheden gør også, at samtalen hurtigt bliver konkret, og der skal ikke forklares en masse først. Nærhed handler ikke om kvantitet af socialt samvær eller kommunikation, men om kvalitet, dvs. nærvær med plads til ro og privatliv og en rettidig omhu, når det gælder kommunikation.

"Jeg føler nok, at jeg har et mere personligt forhold til NærKlinikken med hensyn til det med dialogen. Altså at der kun er få mennesker, så det er de samme, du får fat i hver gang. Det synes, jeg er vigtigt, fordi jeg tror alle sammen, vi kender den der med sygehuset og tre forskellige læger på to dage, ikke? Og den ene aner ikke, hvad den anden har snakket om, og de har heller ikke nogen mulighed for at se hinanden, ikke? Det oplevede jeg også sidste gang, jeg var indlagt. Så jeg vil sige på den led giver det også mere tryghed, ikke?"

Citat borger i NærKlinikken

Som også afspejlet i de indsatte citater er nærvær noget der sker i 'nuet' og fundamentalt for et konstruktivt samarbejde mellem behandler og borger for at udvikle personlig handlekraft, styrke hos borgere og behandlere og for borgernes trivsel og handleevne, dvs. mestring af livet med KOL.

NærKlinikken skaber nærhed og har borgeren i centrum. Det personlige forhold styrkes, når man kun skal forholde sig til få personer hver gang. Omvendt så giver for mange kontakter med forskellige behandlere borgeren en oplevelse af et fragmenteret system, der fører til kvalitets- og videnstab. Det belaster borgeren og skaber utryghed.

"Når du ringer, du får altid den hjælp, du gerne vil have. Det er noget af det bedste, der er sket for mig, det er altså NærKlinikken... Det er så meget tryghed, hvis jeg har det dårligt, så ringer jeg sgu bare til dem... Så ringer de som regel og spørger, om de skal komme, så siger vi nogle gange ja. Og så kommer de og snakker lidt med mig. Så sidder vi og snakker i 5-10 minutter, og det har de tid til. Det er rart, at de har tid, hun sidder ikke og kigger på klokken hele tiden. De er sgu nogen flinke mennesker. De er nogen, der synes, at de har fået et job, de magter. De har det ikke, fordi de bare har det."

Citat, borger i NærKlinikken

"Jamen efterhånden som de kender min sygehistorie og ved hvem jeg er – jamen når jeg ringer, så ved de med det samme, hvad vi snakker om, ikke? Jeg vil jo ikke, at jeg skal sidde og forklare en hel masse, vi snakker bare lige om, hvordan har du det lige nu, og kan vi hjælpe noget der, ikke? Kan vi ændre noget medicinering og sådan noget, ikke? Så det er samspillet, altså dialogen, den er også vigtig og forståelsen. At man ikke skal sidde og forklare en hel masse."
 Citat, borger i NærKlinikken

Det er vigtigt at sige, at selvom analysen peger meget entydigt på de fem T'er som fællesnævner for oplevelsen af NærKlinikken på tværs af interviewene, så findes der forskellige oplevelser af både det eksisterende sundhedsvæsen og NærKlinikken blandt de interviewede.

Én ud af de 11 interviewede borgere udtrykte utilfredshed med NærKlinikkens indsats, som han ikke fandt tilstrækkelig, både i forhold til hvor gode respons- og koordinationscenteret var til at reagere

på hans målinger og i forhold til hans muligheder for at blive indlagt lokalt. Han giver i interviewet udtryk for, at han ikke føler, at servicen lever op til det lovede i de brochurer, han har set.

Konkret havde vedkommende oplevet et tillidsbrud i kommunikationen med personalet, som der på interviewtidspunktet ikke var blevet rettet op på. Da NærKlinikken i så høj grad bygger på menneskelige relationer, som beskrevet ovenfor, er sådanne hændelser forventelige og der skal være overskud og plads til at rette op på dem.

En væsentlig pointe i analysen er netop, at noget af det særlige ved NærKlinikken er "evnen til at handle reflekteret på baggrund af den kontekstuelle viden". Det vil sige, at klinikken evner at sætte ind med forskellige "mindset" og tilgange alt efter både den enkeltes tilstand den pågældende dag, og i forhold til enkeltes situation og kontekst i det hele taget. I nogle situationer vil der være behov for at lytte og lægge meget af ansvaret over på borgeren selv, mens der i de mere akutte situationer, er behov for, at behandlerne træder ind i den mere traditionelle behandlerrolle og tager hånd om situationen. Doseringen af disse forskellige roller i forhold til forskellige typer af borgere, behov og situationer, er noget, som der fortsat arbejdes med en fintuning af i projektet.

Teknologi og nærvær i samspil øger borgernes mestringsevne

Et vigtigt formål med PreCare-projektet er at vise en vej til at kunne omstille aktivitet i sundhedsvæsenet fra akut til forebyggende karakter. En grundlæggende præmis i NærKlinikkens tilgang og service er, at kronisk syge borgere skal støttes i at leve et aktivt og uafhængigt liv – og hele tiden komme tilbage til deres habitualtilstand (ECM1) ved forværringer. Implicit i dette ligger arbejdet med at øge borgernes egen-mestring eller med et andet ord "empowerment".

En vigtig pointe som kommer frem med den kvalitative analyse er, at det borgercentriske og nærhedsskabende mindset baseret på de fem T'er (tid, tilgængelighed, tillid, tryghed og troværdighed) danner grundlaget for, at borgerne kan øge deres egen-omsorgskapacitet og mestringsevne.

Analysen konkluderer, at borgerne er blevet bedre til at forstå KOL gennem egen krop og reflektere over sammenhænge mellem deres tilstand, tanker og handlinger efter de er kommet i NærKlinikken. NærKlinikkens tilgang giver borgerne overskud til at øge deres egen omsorgskapacitet, dvs. ændre deres sundhedsvaner og sociale liv, hvilket forbedrer deres liv med KOL generelt. Empowerment af borgeren sker, når behandlingen sker på borgernes præmisser, med en høj grad af ligeværdighed, værdighed og indflydelse på processen – tilpasset den enkeltes

situation, kontekst og formåen. Hos borgerne kommer det til udtryk ved, at den enkelte oplever, at vedkommendes færdigheder står i passende forhold til de udfordringer, han/hun møder, hvilket skaber højere mestring og trivsel. I interviewene er der også spurgt ind til, hvordan borgerne oplever og bruger teknologien og selvmålingerne, som er et væsentligt omdrejningspunkt i samspillet med NærKlinikken, og som er tænkt som et vigtigt redskab i opnåelsen af en højere mestringsevne.

Analysen viser, at den hurtige og hyppige generering og udveksling af data mellem borger og klinik betyder både en langt bedre dialog mellem parterne omkring, hvordan den enkelte har det, og at der kan ske en hurtig tilpasning af behandlingen. Data understøtter således relationen mellem borgeren og NærKlinikken. Som en af borgerne udtrykker det:

"Min tilværelse kunne blive ganske fortvivlet, hvis jeg ikke havde E-klinik (NærKlinikken. red⁷). Det har fremmet alt muligt, netop fordi målingerne kører, som de kører, det ville du jo aldrig kunne få hos en privat praktiserende læge, det kan ikke lade sig gøre. Næh, næh du kan være heldig og komme til prøve to gange om året, som det højeste. Og de fleste steder kun en gang om året, så skulle det underlige lige være, at det netop var den dag, hvor man kunne se, at du fik den forkerte medicin. Her kører vi jo ændringer på medicinen hele tiden. Pludselig så har jeg fire pust om formiddagen og fire pust om aften, så har jeg to pust om formiddagen og to pust om aften. Så har jeg Prednisolon kur på fem dage, også har jeg prednisolon kur på 3 dage. Den er der lige med det samme." Borger i NærKlinikken

Det er den løbende tilpasning og dialog/samspillet uden forsinkelse, der sikrer, at borgerne kan holde sygdommen i skak og ultimativt gøre, at akutte indlæggelser undgås. Målingerne og teknologien bag er, med andre ord, et understøttende middel til at kunne levere den nærhed, som reflekteres i de fem T'er.

Samtidigt bidrager målinger i sig selv til, at borgerne oplever en ny selvstændighed. En af borgerne beskriver det som følger:

"Det [at være i NærKlinikken] betyder at jeg er selvstændig. At det er noget, jeg selv kan. Det der med at få andre til at gøre noget for mig. Det er jeg ikke meget for. [Hvordan kan det være?] Ja, det ved jeg ikke. Jeg har jo altid klaret mig selv, ikke? Hvorfor søren skulle jeg så begynde at have nogen til at hjælpe mig?" Borger i NærKlinikken

Netop selvstændigheden og tabet af denne beskriver mange af borgerne som noget af det sværeste ved at være blevet svært kronisk syg. Målingerne giver borgerne en forståelse for deres egen sygdom og tilstand, så de bliver langt mere fortrolige med den. Som en af sygeplejerskerne og efterfølgende en borger i NærKlinikken udtrykker det:

"Jeg har været ude hos en borger, der sagde "Jeg ved at jeg er grøn i dag". "hvordan ved du det?", "jamen det kan jeg mærke nu, fordi jeg har lavet så mange målinger". "Jamen skal vi ikke lige prøve en måling?" og så var han sgu grøn, ikke? Hvor jeg tænkte, fedt nok! Altså allerede der

⁷ NærKlinikken blev helt i begyndelsen kaldt for "eKlinikken", hvorfor nogle af de borgere fortsat bruger det navn om klinikken.

kunne han mærke sig selv så meget, og det kunne han kun qua at de målinger han havde lavet igennem længere tid” Sygeplejerske i NærKlinikken”

”Jamen det er noget med, at jeg bare står op, og lige går på toilettet, og så kommer jeg herind og sætter mig i stolen. Så orker jeg ikke mere, før jeg lige har fået vejret igen. Det er sådan, en dårlig dag starter, ikke, og så kan jeg gå ud og starte for kaffen, for så at sætte mig ind i stolen igen og få vejret. Og sådan fortsætter det hele dagen, ikke? Og nu har jeg jo lidt forskellige måleinstrumenter, så jeg kan jo se min iltning, som normalt ligger oppe i 90’erne, når jeg så bare render lidt rundt og bliver forpustet, så bom – så er den nede i 70’erne, ikke? Og så er det altså ikke sjovt at have det dårligt. Normalpersoner ligger oppe på 98, ikke? Ja, det giver i hvert fald meget mere forståelse for min sygdom og sådan noget.” Borger i NærKlinikken

Det er vigtigt at være opmærksom på, at målingerne giver anledning til følelser hos borgerne. Følelser som kan være både gode og dårlige, og som i sig selv kan påvirke deres tilstand. Med andre ord, så spiller teknologi, følelser og tid sammen. Som det anføres i analysen, så føles NærKlinikken allestedsnærværende, fordi teknologien udgør en vigtig trygheds- og omsorgsfunktion, da den ’våger over’ borgerens helbredstilstand. Det er her vigtigt igen at fremhæve, at det *ikke er teknologien i sig selv*, der fungerer som en trygheds- og omsorgsfunktion, men den rolle, den spiller i relationen mellem borgeren og NærKlinikkens personale. I det følgende citat opsummerer en af borgerne, hvad essensen af NærKlinikken er fra vedkommendes perspektiv:

”Og så skal jeg have min pusteprobe, og det ikke altid, at det er lige fint, men det er gået op for mig, at det måske samtidig er mig, der ikke er god til at puste. Men under alle omstændigheder, så ringer Iben (sygeplejerske i NærKlinikken, red.) og siger ’jeg kan ikke lide dine værdier, du er rød’. Ja, siger jeg så, men Iben, jeg har det udmærket. Siger du det? Ja det siger jeg! Nå, men du mener ikke, at det er noget, vi skal gøre noget ved? Nej, nå men hvis der er noget, så ringer du til Søren (elæge i NærKlinikken, red.). Se det der er hele essensen af E-klinikken (NærKlinikken, red.). For det første ved jeg udmærket, hvem Søren er, for Søren har været i mit hjem. Jeg ved hvem Iben er, for Iben har været i mit hjem. Dvs. når jeg siger til dem, at det er i orden og jeg har det godt, så ved Iben godt, at der oppe i det lille hus på landet, der sidder en kone, som har styr på tingene. Hvis hun har det skidt, så ved hun godt, at hun skal ringe, for jeg ringer så sent som overhovedet muligt.” Borger i NærKlinikken

Opsummerende kan det siges, at den kvalitative analyse har givet et indblik i, hvordan målingerne i samspil med det ”nærheds-mindset”, der ligger bag NærKlinikkens service, opleves af de interviewede borgerne. Resultaterne af analysen giver anledning til at formode, at samspillet mellem målingerne, klinikkens personalet og borgerne selv bidrager aktivt til at forbedre deres sundhedstilstand. Dette understøttes af den udvikling, der ses i mønstret i borgernes tilstandsmålinger (se figur 9). Dette vil skulle undersøges nærmere i fremtidige resultatopsamlinger.

5. Opsamling

NærKlinikken er et nyt tilbud til borgere med kronisk sygdom etableret i Odsherred Kommune i et samspil mellem kommunen, regionen og en række andre aktører i innovations- og forskningsprojektet PreCare. Formålet med etableringen af NærKlinikken har været at udvikle og teste en model for sektorneutralt samarbejde og dermed bidrage til en nytænkning af sundhedsvæsenet. Konkret har der været en målsætning om, at de berørte borgere skal opleve større tryghed, færre indlæggelser og øget livskvalitet samtidig med, at der opnås bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet ved at omlægge akutte kontakter til forebyggende aktivitet – i det omfang det er muligt.

I denne rapport er de kendte resultater af NærKlinikkens virke ca. 2 år efter inklusion af de første borgere blevet præsenteret. NærKlinikkens indsats er ligeledes blevet beskrevet, ledsaget af en detaljeret status på inklusion og aktivitet i klinikken. I det følgende opsummeres udvalgte aktivitetstal, samt de kendte resultater og effekter af NærKlinikkens indsats indenfor hhv. sundhedstilstand, økonomi og borgeroplevet kvalitet.

I forhold til aktivitet i NærKlinikken og borgernes **sundhedstilstand**, så har de 165 inkluderede borgere tilsammen udført over 40.000 tilstandsmålinger siden klinikkens åbning. Målingerne bliver oftest foretaget mellem kl. 7 og kl. 14 og i hverdagene, og fører i gennemsnit til 1,25 akutte kontakter til NærKlinikken om måneden pr. borger. Heraf håndteres ca. 55 pct. som omsorg, og 45 pct. bliver til en egentlig behandling. Hvis vi kun ser på 2020 går udviklingen desuden i en retning, hvor stadig flere akutte kontakter håndteres som omsorg (64%).

Udviklingen i borgernes tilstandsmålinger i NærKlinikken viser desuden, at der med tiden er et fald i antallet af gule og røde målinger. Samtidigt er der en reduktion i antallet af exacerbations-behandlinger i NærKlinikken, hvilket – på trods af ændret casemix over tid - *kan tyde på*, at borgerne i samspil med NærKlinikken lykkes med at få bedre styr på deres tilstand, og dermed undgår eller reducerer antallet af tilstandsforværringer og behandlingskrævende situationer.

Ser vi på effekten i forhold til aktivitet i det øvrige sundhedsvæsen, så er der i denne rapport opgjort ændringer i akut sygehusaktivitet for de forskellige risikogrupper af inkluderede borgere og for kontakter til egen læge og lægevagten. For alle fire risikogrupper – fra high risk til low risk - ses en reduktion i antallet af *alle* akutte sygehuskontakter. For borgerne i højrisiko-gruppen ses et fald fra en median på 4 akutte kontakter om året til en median på 0 akutte kontakter. Beregnes et vægtet gennemsnit, svarer det til, at alle borgere, uanset gruppe, har 1,1 akut kontakt mindre om året. I forhold til antal akutte sengedage, så er der påvist en reduktion på 5 sengedage pr. borger pr. år, uanset hvilken risikogruppe borgeren tilhører. Også antallet af kontakter til egen læge og lægevagt falder for alle risikogrupper, igen forventeligt, mest markant i high- og medium risk-grupperne.

I forhold til **økonomi** ses et betydeligt fald i DRG-forbrug som følge af den reducerede sygehusaktivitet for de inkluderede borgere. Beregnes et vægtet gennemsnit opnås en besparelse på ca. 30.000 kr. pr. borger pr. år, uanset hvilken gruppe borgeren tilhører. High risk-gruppen har det største fald i akut DRG-forbrug. Denne gruppes årlige akutte DRG-forbrug falder med ca. 107.000 kr. pr. borger. For medium risk-gruppen er reduktionen på ca. 36.000 kr. pr. borger pr. år.

For at teste disse analyser yderligere, er der foretaget en ITS-analyse. Analysen viser statistisk signifikante effekter på 7 ud af 9 aktivitets- og forbrugsmål på akutområdet. Den statistiske analyses fund understøtter således med en konservativ metode hypotesen om, at NærKlinikkens tilbud reducerer tidligere sygehusbehandlede KOL-borgeres behov for akutte sygehusydelse i forhold til årene før inklusion, samt at udviklingen i behovet for akutte ydelser går mindre hurtigt end før inklusionen i NærKlinikken.

Den tidligere opgjorte **positive business case** for NærKlinikken, hvor gevinsterne, bl.a. i form af den reducerede sygehusaktivitet, er stillet op overfor klinikkens omkostninger, bliver i denne rapport bekræftet. NærKlinikken viser således et break-even, hvor de månedlige gevinster overstiger de månedlige udgifter, 12-13 måneder efter opstart og en positiv business case, hvor de samlede gevinster overstiger de samlede udgifter incl. etableringsomkostninger, efter 25 måneder. Herefter vurderes det, at NærKlinikken afstedkommer en nettobesparelse på ca. 3,67 mio. kr. årligt.

Endelig er der samlet op på de inkluderede **borgeres oplevelse** af NærKlinikken med en udvidelse af en tidligere interviewundersøgelse og en samlet analyse af alle interviewdata fra hhv. 2019 og 2020. Interviewene viser overordnet set en stor tilfredshed med NærKlinikken blandt de inkluderede borgere og kommer tættere på, hvad der gør forskellen for borgerne i forhold til den behandling, de kender fra det etablerede system. NærKlinikkens værdiskabelse opsummeres af borgerne i en række nærhedsskabende elementer (de fem T'er), som de oplever i samspillet med klinikken, nemlig **tid, tilgængelig, tillid, tryghed og troværdighed**.

Analysen konkluderer desuden, at NærKlinikken med sin tilgang har bidraget til at øge borgernes egenomsorgskapacitet og **mestringsevne** (eller at "empower" dem), hvilket har været et vigtigt udgangspunkt for tilgangen i projektet. Teknologien, herunder ikke mindst ved tilstandsmålingerne, er et vigtigt redskab i forhold til at afstedkomme dette, men det er en helt afgørende pointe, at det er de nærhedsskabende elementer – de fem T'er – omkring teknologien, som gør forskellen.

Konkluderende kan det siges, at NærKlinikken efter to år har vist, hvordan der kan laves en substitution af sygehusydelse til aktivitet i borgerens eget hjem med en øget tilfredshed blandt borgerne som følge, og ikke mindst at dette kan gøres for færre midler end den behandling, der tilbydes i det eksisterende system, koster. Arbejdet med at fintune redskaberne og tilgangen, samt ikke mindst, få den sat på formel til udbredelse i nye kommuner og hos andre målgrupper er i fuld gang men langt fra afsluttet, ligesom der bl.a. udestår bredere opgørelser af effekten på borgernes trivsel og kompetencer. Alt dette fortsætter i anden del af projektet.

Bilag

Bilag 1

Diagnoseområder MAS behandling

Overordnet diagnose-/symptomgruppe	SKS kode	Diagnosetekst
01. KOL	DJ44*	Kronisk obstruktiv lungesygdom
	DJ45*	Astma
02. Andre respiratoriske lidelser	DR060*	Dyspnø
	DR098*	An. spec. symptom el fund i kredsløbs- og åndedrætsorganerne
	DJ96*	Respirationsinsufficiens
03. Luftvejsinfektioner	DJ06*	Akutte øvre luftvejsinfektioner
	DJ2*	Akut nedre luftvejsinfektioner inkl. bronkitis
	DJ149*	Pneumoni forårsaget af Haemophilus Influenzae
	DJ15*	Anden bakteriel lungebetændelse IKA
	DJ189	Pneumoni UNS
04. Øvrige infektioner	DA49*	Bakteriel infektion uden angivelse af lokalisation
	DA46*	Rosen
	DN30*	Blærebetændelse
	DR50*	Feber af anden og ukendt årsag
	DR31*	Blod i urinen uden specificering
	DN390*	Urinvejsinfektion uden angivelse af lokalisation
	DA419B	Urosepsis
	DZ038A	Obs pga. mistanke om urinvejsinfektion
05. Dehydratio	DE869A	Dehydrering
	DE871A	Hyponatriæmi
	DE876	Hypokaliæmi
06. KNF (Konfusion, nedsat bevidsthed, faldtruet)	DR296	Faldtendens
	DR42*	Svimmelhed
	DR53*	Utilpashed og træthed
	DR559*	Besvimelse eller kollaps
	DR410	Konfusion UNS
07. Obstipation / Diaré	DK590*	Forstoppelse
	DR119*	Kvalme og opkastning
	DA09*	An. gastroenteritis og colitis af infek./ikke spec. årsag
08. Obs. Pga. mistanke om sygdom eller anden tilstand	DR33*	Urinretention
	DR529	Smerter UNS
	DZ038	Obs. pga mistanke om anden sygdom eller tilstand
	DZ035	Obs. pga mistanke om anden hjerte-karlidelse

	DZ039	Obs. pga mistanke om sygdom eller tilstand UNS
	DM796	Ekstremitetssmerter
	DR519	Hovedpine UNS
	DT838A	Banalt mekanisk kateterproblem

Bilag 2

Analysemetode

Hypotese

Det skal undersøges om NærKlinikken har en effekt på brug af sygehusedelser. Hypotesen er, at selvmonitorering og øjeblikkelig og tilpasset reaktion fra NærKlinikken på tilstandsforværringer og bekymringer, reducerer behovet for sygehusedelser.

Population

Hypotesen testes på borgere, der er inkluderet i NærKlinikken pr. 10. oktober 2020, og været deltagende i minimum 90 dage. Borgere der er udmeldt eller døde inden 90 dage fra inklusion indgår derfor ikke i analysen.

I nærværende analyse fokuseres på effekter på sygehusedelser på akutområdet. Valget er truffet i lyset af omlægning og udskydelser af planlagt aktivitet samt adfærdsændringer i kølvandet på COVID-19. Det er lagt til grund, at akutområdet er mindre påvirket af nedlukning og isolation end anden sygehus aktivitet.

Afgrænsning til borgere med tidligere sygehusaktivitet

Da der testes en hypotese om reduktion i sygehusaktivitet fokuseres analyserne på de borgere, der har haft behov for behandling tidligere. Borgere, der ikke har haft behov for sygehusbehandling før inklusion i NærKlinikken, vil efterhånden som sygdommen udvikler sig få et større behov efterfølgende, da KOL er irreversibel og progredierende. Drøftelser omkring forebyggelse af forværringer over tid for nydiagnosticerede eller underbehandlede KOL borgere, henhører under fremtidig planlægning og prioritering. Da effektmål i analysen er sygehusaktivitet, udføres analysen alene på de borgere, der året forinden inklusion havde et KOL-relateret behandlingsbehov svarende til et DRG-forbrug på minimum 10.000 kr.

Af 131 borgere der pr. 10. oktober 2020 kunne følges mere end 90 dage fra inklusion til opdateringsdato eller død/udmeldelse havde 50 borgere et KOL-relateret DRG-forbrug på mere end 10.000 kr. året forud for inklusion.

Periode der indgår i beregninger

Udgangspunktet for den statistiske metode er populationens forbrug af sygehusedelser 24 måneder forud for inklusion, og efterfølgende forbrug op til 12 måneder efter. Ikke alle 50 personer kan følges i 12 måneder pga. udmeldelse eller død, eller i og med, at de endnu ikke har været inkluderet i NærKlinikken så længe. I forbindelse med projektet er der lavet opgørelser, der viser,

at aktivitetsniveauet for borgere med KOL i Region Sjælland stiger betragteligt 1 måned før dødsdato for personer med KOL-diagnose. Da denne aktivitet anses for uundgåelig med de nuværende tilbud i NærKlinikken, er det besluttet at udtage aktivitet og risikotid i analysen på afdøde borgere for de sidste 30 dage før død.

Før niveau for populationen

Tabel 1 viser gennemsnitligt månedligt forbrug per person i sygehusaktivitet op til 24 måneder, 12–24 måneder før og 0–12 måneder før inklusion i NærKlinikken. Resultater af analysen vurderes i forhold til før-niveauet af aktivitet.

Tabel 1. Gennemsnitligt månedlig forbrug pr person før inklusion i NærKlinikken

Effektmål	Månedligt gennemsnit (0-24 mndr før)	Månedligt gennemsnit (12-24 mndr før)	Månedligt gennemsnit (0 -12 mndr før)
Antal akutte exacerbationer (kontakter)	0.06	0.02	0.11
Antal akutte sengedage - exacerbation	0.30	0.06	0.53
Antal akutte KOL relaterede kontakter	0.11	0.03	0.19
Antal akutte KOL relaterede sengedage	0.64	0.10	1.18
Antal akutte kontakter total	0.19	0.08	0.29
Antal akutte sengedage	0.96	0.25	1.68
Akut DRG forbrug total (kr.)	5932.12	1738.50	10125.74
Akut DRG forbrug - exacerbation (kr.)	2024.84	441.52	3608.16
Akut DRG forbrug - KOL relateret (kr.)	4155.05	760.90	7549.20

Interrupted Time Series analyse

Da det ikke er muligt at simulere selektionsprocessen omkring inklusion i NærKlinikken og udpege en sammenlignelig registerbaseret kontrolgruppe, vurderes det, at den stærkeste metode til at teste hypotesen er ved brug af tidsserieanalyse, Interrupted Times Series (ITS).

ITS metoden benytter de inkluderede patienter som deres egen kontrol. I praksis betyder det, at sygehusaktivitet før deltagelse sammenlignes med aktivitet efter inklusion i NærKlinikken. Rater for udfaldsmål over en periode før inklusion i NærKlinikken, sammenlignes med rater efter inklusion. Sammenligningen udføres med en segmenteret regressionsanalyse, der dels tester, om der er en umiddelbar effekt af inklusion i NærKlinikken på den observerede rate og dels tester for ændringer i trenden over tid. ITS analysens styrke er, at der kontrolleres for om den underliggende trend, evt. kan forklare en observeret forskel i raten for et effektmål.

Raten defineres som samlede eventudfald i forhold til samlet risikotid for populationen under risiko i den givne periode. Populationen af KOL-borgere i Odsherred Kommune bidrager med risiko i måneder. Ved udmeldelse indgår den andel af måneden borgeren var inkluderet i ratens nævner og ved død indgår den andel af måneden, borgeren har været inkluderet indtil 30 dage før død. Ikke alle deltagere i projektet kan endnu følges i 12 måneder, hvilket påvirker den samlede risikotid i ratens nævner. Ved opfølgning havde 34 af de 50 borgere været inkluderet i alle måneder, 3 var døde, indenfor 12 måneder fra inklusion, og 13 inkluderet mellem 98 og 354 dage. Raten udregnes derfor som månedens summerede aktivitetsdata divideret med den samlede risikotid for den deltagende population i den givne måned.

Regressionsmodellen der anvendes i analysen, ser ud som følgende:

$$R_t = \text{intercept} + \beta_1 \text{trend}_t + \beta_2 \text{intervention}_t + \beta_3 \text{trend_efter_intervention}_t + e_t$$

Variablen trend er den underliggende trend variabel, der tæller måneder fra 24 måneder før inklusion til måned for follow-up. Ved follow-up-tid på 12 måneder går trend-variablen fra 1 til 36. Variablen intervention antager værdien 0 for måneder uden intervention (inklusion i NærKlinikken) og 1 for måneder med intervention, mens variabelen trend_efter_intervention er en trend variabel over tid efter inklusion.

Da NærKlinikken, som beskrevet, inkluderer borgere løbende, struktureres data for alle deltagere omkring dato for inklusion i NærKlinikken. Inklusion i NærKlinikken foregår ved tiden 0 ($t=0$). Perioderne i regressionsanalysen regnes i måneder til og fra tiden $t=0$. Ved at anvende data i modellen estimeres den gennemsnitlige ændring i effektmålet pr. måned over hele perioden fra 24 måneder før til 12 måneder efter intervention – den underliggende trend (β_1), den gennemsnitlige månedlige effekt af inklusion i NærKlinikken (β_2) og den efterfølgende gennemsnitlige månedlige (mer)ændring af raten i tiden efter inklusion (β_3).

ANTAGELSER OG BETYDNING FOR MODELLEN

Den væsentligste antagelse bag ITS-modellen er, at tidspunktet for inklusion i NærKlinikken er så godt som tilfældigt. Det betyder, at der ikke samtidig implementeres andre interventioner, der kan have betydning for effektmålet og at der ikke samtidig sker ændringer i patientens sundhedstilstand, der kan have betydning for udfaldsmålet. Med andre ord er det eneste, der må ændre sig på tidspunktet for inklusion, at patienten inkluderes i NærKlinikken.

Antagelsen om tilfældighed omkring inklusionstidspunktet kan f.eks. være udfordret hvis:

- Inklusion ofte sker i en bestemt måned samtidig med at der er stor sæsonvariation i effektmålene.
- Tidspunktet for inklusion er sammenfaldende med en forværring af patientens sundhedstilstand – f.eks. hvis patienten inkluderes i forbindelse med en exacerbation

Ad Inklusion er sæsonafhængig og opfølgingsperioden er kort

Betydningen af, at inklusion sker på bestemte tider af året, afhænger af, om der er sæsonvariation i sygehusaktivitet for KOL-patienter. Hvis de fleste patienter er inkluderet i foråret og vi antager, at KOL-patienter generelt er mere på sygehus i efteråret betyder det, at vi risikerer at undervurdere omkostningsniveauet i efterperioden – især når opfølgingsperioden er mindre end et år. Dette betyder, at vi risikerer at overvurdere NærKlinikken mulighed for at reducere sygehusaktiviteten.

For at undersøge om der er måneder på året, hvor sygehusaktiviteten er højere for KOL-patienter, undersøges antallet af akutte KOL-relaterede indlæggelser for personer over 45 år i en 3 årig periode i Guldborgsund Kommune. Kommunen er i forundersøgelser til PreCare-projektet peget på som en socioøkonomisk sammenlignelig kommune.

Gennemsnittet af den observerede indlæggelsesfrekvens for hver kalendermåned, holdes op mod det overordnede månedlige gennemsnit over de 3 år. Hvis confidence intervallet for gennemsnittet ligger over eller under det generelle gennemsnit regnes måneden for henholdsvis højrisiko eller lavrisiko.

Af tabel 2 fremgår resultatet af sæsonundersøgelsen fra Guldborgsund Kommune. Februar og marts er signifikante højrisikomåneder, mens september måned må anses for at være en lavrisikomåned for KOL-relaterede indlæggelser. Da ikke alle borgere i analysen kan følges i 12 måneder på grund af inklusionskriterier og løbende inklusion og størstedelen af de 50 borgere med højt forbrug forud for inklusion blev inkluderet i starten af projektet, er der risiko for bias og effekten skal kontrolleres for inklusionsmåned.

Tabel 2. Gennemsnitligt antal akutte KOL relaterede indlæggelser over 3 årig periode (pers over 45 år), Guldborgsund kommune

Måned	Gennemsnit - antal	LO 95% CI	UP 95% CI
jan	88.67	37.13	140.20
feb	97.33	74.79	119.87
mar	97.33	77.25	117.41
apr	75.33	51.46	99.20
maj	74.00	55.25	92.76
jun	57.33	31.24	83.43
jul	71.33	22.51	120.16
aug	59.67	35.80	83.54
sep	63.67	57.93	69.40
okt	56.00	38.09	73.91
nov	63.33	37.84	88.83
dec	79.00	69.06	88.94
Forventet gennemsnit	73.58	.	.

Inklusionsperiode og mulighed for at justere for sæsonvariation

Effekt målene kan kontrolleres for sæsonvariation ved at inddrage to forklarende sæsonvariable i modellen. En variabel, der angiver andelen af risikotid i raten, der tilhører personer, der er inkluderet i en højrisikomåned, samt en variabel, der angiver andelen af risikotid i raten, der tilhører personer inkluderet i en lavrisikomåned.

Modellen der anvendes i ITS analysen med sæsonjustering:

$$R_t = \text{intercept} + \beta_1 \text{trend}_t + \beta_2 \text{intervention}_t + \beta_3 \text{trend_efter_intervention}_t + \beta_4 \text{højsæson}_t + \beta_4 \text{lavsæson}_t + e_t$$

Ad Tidspunkt for inklusion er sammenfaldende med forværring af sundhedstilstanden

Betydningen af brud på antagelsen kan være en over- eller undervurdering af effekten af NærKlinikken. I tilfælde af sammenfald med inklusion og en forværring af sundhedstilstanden vil konsekvensen afhænge af, om sygehusaktiviteten af en forværring på tidspunkt 0 er sammenfaldende med en øget aktivitet før tidspunkt 0 eller efter tidspunkt 0. Hvis inklusion f.eks. er baseret på, at borgeren har haft gentagne exacerbationer vil før-periodens omkostninger være overvurderet sammenlignet med en situation med tilfældig inklusion. Det vil betyde, at effekten af NærKlinikken overvurderes. Hvis inklusion er sammenfaldende med første exacerbation i lang tid og det antages, at der er en øget sygehusaktivitet efter en exacerbation pga. øget monitorering, vil

efterperiodens omkostninger være overvurderet i forhold til en situation med tilfældig inklusion og effekten af NærKlinikken vil undervurderes.

For at korrigere for en evt. overvurdering af effekten foretages to robusthedstjek ved i parallelle analyser at tage en måned og tilhørende aktivitet før inklusion ud af analysen og dernæst en analyse, hvor to måneder udgår.

Bilag 3

Interviewguide brugt i den kvalitative undersøgelse

Præsentation og proces ved interview af borgere (*spørgsmål kun til nye borgere **spørgsmål kun ved genbesøg)

- Hvem er vi?*
- Formål med interviewet
- Tidsramme
- Vi optager på diktafon, men anonymiserer
- Informanten må stille spørgsmål undervejs, kan undlade at svare på spørgsmål og kan altid trække sit samtykke tilbage.

Informantidentitet: (opvarmende spørgsmål)

- Kan du give en kort beskrivelse af dig selv? (f.eks. stilling, alder, ansvarsområder, udfordringer, erfaring)*
- Din baggrund? (historie, sektor, erfaringer)*
- De borgere/sundhedspersonale du er i kontakt med (situation, karakteristika, behov, kommunikation)*
- Kan du fortælle hvordan det er gået siden sidst vi talte sammen?*

Interview

Vi vil bede dig kigge på begreber/sætninger, der bedst beskriver dine tanker og følelser omkring din (og dine pårørendes) interaktion med sundhedspersonalet. *Tag udgangspunkt i en eller flere interessante ting i informantens beskrivelse og følg op, hvis det giver mening*

- Betragt begreberne et ad gangen og beskriv hvad du ser.
- Fortæl hvorfor og hvordan de beskriver dine tanker, følelser og oplevelser omkring interaktionen med sundhedsvæsen/personale.
- Hvordan vil du beskrive dit liv og dagligdag som kroniker?
- Hvordan tager du hånd om din sundhed i hverdagen?

NærKlinikken

- Hvorfor ville du gerne være med i NærKlinikken? *

- Hvad er din oplevelse på nuværende tidspunkt?
- Hvordan bruger du målingerne?
- Hvad betyder de for dig?
- Hvad er den største forskel i den måde du har kontakt til læge/sygehus nu fra før du brugte NærKlinikken?
- Hvordan ønsker du, at din kontakt med sundhedsvæsenet kommer til at fungere i fremtiden?
- Er der noget du særligt ser frem til eller frygter?

Sundhedsrelateret teknologi

- Beskriv din **forståelse** af hvad teknologi gør for dig (evt. dine pårørende) med en kronisk sygdom
- Hvilke teknologier kender du til? (telemedicin, mobil, sundhedsplatform, recepthotellet, etc.) Hvilke bruger du? Hvordan bruger du dem? Hvor ofte?
- Hvor længe har du brugt digital teknologi, f.eks. PC, mobil?
- Hvad forestiller du dig, at der vil ske med sundhedsydelse i fremtiden?
- Hvad vil sundhedsteknologien betyde for din interaktion med sundhedspersonale, din sundhedstilstand nu og i fremtiden?

Afslutning af interview

- Tak for din tid
- Har du nogle spørgsmål? Husk at udveksle kontakinfo (f.eks. e-mail og evt. tlf. nummer)