

Interventioner i almen praksis målrettet patienter med multisygdom



Interventioner i almen praksis målrettet patienter med multisygdom

Copyright

©DEFACTUM, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, 2021

ISBN: 978-87-93657-28-1 (PDF-version til hjemmeside)

Udgivet af DEFACTUM, Aarhus, september 2021

Rapporten er udarbejdet af DEFACTUM for Kvalitet og Lægemidler, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland.

Denne publikation citeres således:

Fredens, Mia; Hansen, Sofie Gefke; Nielsen, Camilla Palmhøj. Interventioner i almen praksis målrettet patienter med multisygdom.

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2021.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Publikationen kan downloades fra www.defactum.dk (søg under publikationer)

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	4
2	Metode	5
3	Opsamling af tendenser på tværs af materialet	6
4	Overblik over interventionskomponenter	7
5	Interventioner målrettet patienter med multisygdom i almen praksis	9
5.1	Ny tovholderfunktion i almen praksis	9
5.2	SOFIA-interventionen	11
5.3	Patientcentreret model for patienter med multisygdom (CIM)	14
5.4	CARE Plus-interventionen	17
5.5	3D-interventionen	19
5.6	PCC-tilgangen	22
5.7	OPT-prioriteringsværktøj	24
5.8	MY COMPRADE-interventionen	26
5.9	Goal-setting	28
5.10	Samskabelse i behandling	30
5.11	ePRO tool – en mHealth-teknologi	33
5.12	COINCIDE-interventionen	36
6	Bilag	38

1 Indledning

I Region Midtjyllands praksisplan indgår et udviklingsprojekt, der har til formål at udvikle en intervention, der kan forbedre håndteringen af sårbare multisyge i almen praksis og det samlede sundhedsvæsen. Med henblik på at indhente viden om gennemførte interventioner nationalt og internationalt har Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, bevilget midler til udarbejdelse af en rapport, der kan give inspiration til udvikling af projektet.

Rapporten er udarbejdet af DEFACTUM og præsenterer udvalgte eksempler på området. Elementer fra de præsenterede interventioner kan indgå i udviklingen af en praksisnær og patientinddragende håndtering af multisyge patienter til gavn for både praksis og patienter.

2 Metode

Rapporten baserer sig på en litteraturgennemgang af dansk og international litteratur med udgangspunkt i studier over interventioner i almen praksis målrettet patienter med multisygdom. Litteraturgennemgangen er foretaget med udgangspunkt i den canadiske database *Usherbrooke.ca Publications on multimorbidity* (se henvisning 1. i bilag), hvorfor størstedelen af den inkluderede litteratur stammer herfra. Databasen opdateres hver fjerde måned med litteratur, der omhandler multisygdom. I den internationale litteratur er der fokuseret på litteratur fra lande, hvis sundhedssystemer ligner det danske, herunder de nordiske lande, udvalgte europæiske lande og Canada. Desuden har DEFACTUM foretaget en mere håndholdt empiriindsamling med telefonisk kontakt til udvalgte personer, der arbejder med multisygdomsområdet i Danmark. Dette særligt med henblik på at få indsigt i nuværende eller afsluttede interventioner i Danmark, der endnu ikke findes studier på.

Rapporten præsenterer en vifte af forskellige interventioner og indeholder ikke et udtømmende overblik over interventioner på området. Der er tale om udvalgte interventioner, både afsluttede og nuværende, der potentielt kan være interessante at afprøve fremadrettet i en dansk kontekst.

Mange af interventionerne indeholder flere forskellige interventionskomponenter, hvorfor det ikke har været muligt at kategorisere dem. I stedet er der udarbejdet et oversigtsdisplay, hvori de centrale komponenter i interventionerne fremgår. Dette er tænkt som et hurtigt overblik og en let indgang til opslag i rapporten. Desuden er der udarbejdet en opsamling af, hvilke tendenser vi ser i interventionerne på tværs af materialet. Detaljeringsgraden af beskrivelsen af interventionerne er varierende, da der er forskellig detaljeringsgrad i artiklerne. For eksempel er der i flere af interventionerne blevet anvendt forskellige redskaber og værktøjer. Afslutningsvis i bilag findes, hvor det har været muligt, aktuelle henvisninger til disse materialer. Dette med det forbehold at disse henvisninger kan ændre sig over tid.

Bearbejdningen af den håndholdte empiriindsamling og studierne har, efter aftale med Kvalitet & Lægemedler, haft særligt fokus på en kort redegørelse af:

1. Formål: Baggrund for interventionen samt interventionens formål
2. Målgruppe
3. Intervention: Interventionskomponenterne
4. Involvering af sundhedspersonale
5. Patientinvolvering
6. Viden om effekt

3 Opsamling af tendenser på tværs af materialet

Fælles for studierne i rapporten er, at de fremhæver problematikken omkring dårlig koordineret og fragmenteret behandling af patienter med multisygdom, da denne målgruppe ofte har behov for ydelser og behandling fra mange forskellige sektorer og faggrupper i sundhedsvæsenet. En gennemgående tendens på tværs af interventionerne er, at de består af flere forskellige interventionskomponenter, hvilket er med til at understrege, at sundhedsfaglige ydelser til mennesker med multisygdom er kendetegnet ved høj grad af kompleksitet. Flere af studierne tager derfor afsæt i et helhedsorienteret perspektiv karakteriseret ved en patientcentreret tilgang eller/og ved at understøtte egenomsorg (self-management) for patienten. Afsættet i den patientcentrerede tilgang er, at behandlingen skal være langt mere patientinvolverende, og behandlingen skal stemme overens med individets egne præferencer, behov og situation. Der er fokus på en mere patientcentreret kommunikation og fælles beslutningstagen. Andre interventioner påpeger særligt vigtigheden i at understøtte egenomsorgen (self-management) blandt patienter med multisygdom for at facilitere patientcentrerede målsætninger.

På tværs af studierne går flere af de samme interventionskomponenter igen. Særligt brugen af forlænget konsultationstid/overblikskonsultationer, udarbejdelse af en individuel forløbsplan og lægen som tovholder for patienten, er centrale i flere af studierne og indgår som væsentlige interventionskomponenter. Et af de primære formål i de forlængede konsultationstider er ofte udarbejdelsen af en individuel forløbsplan, som bliver udarbejdet i fællesskab mellem patienten og lægen/praksispersonalet. Fælles for forløbsplanerne er, at der er særligt fokus på, at patienterne skal sætte nogle personlige målsætninger (goal-setting) for deres behandling/forløb. Brugen af goal-setting som interventionskomponent indgår dermed i flere af studierne, både som udgangspunkt i udarbejdelsen af de individuelle forløbsplaner, men også som en selvstændig interventionskomponent. I mange af interventionerne er der ligeledes fokus på at udpege en tovholder for patienten, for at understøtte en bedre koordinering. I nogle af studierne er det den alment praktiserende læge, som udpeges som tovholder for patienten, mens det i andre studier er praksispersonale eller anden faggruppe. Brugen af medicingennemgang indgår ligeledes som interventionskomponent i flere af studierne.

4 Overblik over interventionskomponenter

	Intervention	Interventionskomponenter
5.1	Ny tovholderfunktion i almen praksis	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisk tilbud om en 30-minutters årssamtale • Udfyldelse af en årsplan.
5.2	SOFIA-interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Undervisning og støtte til praktiserende læger • Opsporing af fysisk sygdom gennem aktiv henvisning • Forlængede overblikskonsultationer • Udarbejdelse af en individuelt tilpasset behandlingsplan.
5.3	Patientcentreret model for patienter med multisygdom (CIM)	<ul style="list-style-type: none"> • Forlængede konsultationer • Udarbejdelse af en individualiseret forløbsplan • "Nurse care manager" koordinerer aktiviteterne i både primær og sekundær sektor.
5.4	CARE Plus-interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Forlængede konsultationer • Undervisning af de alment praktiserende læger efter CARE Plus-metoden • Udarbejdelse af en forløbsplan • Materiale til understøttelse af egenomsorg.
5.5	3D-interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter deltager i tre forskellige konsultationer hver sjette måned: <ol style="list-style-type: none"> 1. Med en sygeplejerske fra almen praksis ift. at identificere sundhedsproblemer 2. Med en farmaceut ift. at foretage en medicingennemgang 3. Med den alment praktiserende læge ift. at udarbejde en forløbsplan.
5.6	"Patient-centred care" (PCC)-tilgangen – en interdisciplinær intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Oprettelse af et multidisciplinært team "family medicine groups" • Undervisning af sundhedsprofessionelle i PCC-tilgangen • En times vurdering af en sygeplejerske og oprettelse af en forløbsplan • Afholdelse af interdisciplinære møder i det multidisciplinære team ift. diskussion af forløbsplan.
5.7	OPT-prioriteringsværktøj til medicingennemgang	<ul style="list-style-type: none"> • Gennemgang af de fire sundhedsudfald • Patienten scorer/prioriterer mellem udfaldene • Gennemgang af patientens medicinering, og på baggrund af OPT-scoren anbefaler lægen medicinændringer.
5.8	MY COMPRADE-interventionen – adfældsændringsteknikker til forbedring af medicingennemgang	<ul style="list-style-type: none"> • To alment praktiserende læger laver i fællesskab medicingennemgang • Udvikling af handlingsplan ift. at tilpasse interventionen til egen praksis • Allokere beskyttet tid i lægernes kalender.

5.9	"Goal-setting" – at sætte mål med patienter med multisygdom	<ul style="list-style-type: none"> • Patienterne besvarer et goal-setting-ark (tre sider) • Patienterne deltager i 2 x 20 minutters goal-setting-konsultationer • Ti minutters followup-konsultation seks måneder senere.
5.10	Samskabelse i behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Lægerne deltager i fem videns-workshops, hvor de bliver introduceret til fem forskellige interventioner til at forbedre samskabelse i behandling. • Lægerne deltager i fire "get together"-workshops for at diskutere og dele deres oplevelser med interventionen.
5.11	ePRO tool – en mHealth teknologi til facilitering af self-management (egenomsorgs)-interventioner	<ul style="list-style-type: none"> • To timers undervisning af de sundhedsprofessionelle i brugen af ePRO • 30 minutters undervisning af patienterne i ePRO • 30 minutters konsultation mellem patienten og lægen/sygeplejerske ift. at bestemme målsætninger • Patienterne "tracker" deres fremskridt i 4 uger.
5.12	COINCIDE-interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Otte sessioner med kortvarig og lavintensiv psykologisk terapi i almen praksis • Undervisning af personale i COINCIDE-modellen over fem dage • Ti minutters møde i almen praksis mellem den "psychological wellbeing practitioner" og sygeplejersken efter anden og ottende session.

5 Interventioner målrettet patienter med multisygdom i almen praksis

5.1 Ny tovholderfunktion i almen praksis

Kilde: Sloth AD, Unkerskov J. Den multisyge patient i almen praksis:

https://www.sundhed.dk/content/cms/81/79281_k4_keu_aarsrapport_2019.pdf

Formål

Tovholderfunktionen i almen praksis er under pres grundet det stigende antal multisyge patienter med tiltagende kompleksitet. Formålet med dette studie var at komme nærmere en besvarelse på følgende spørgsmål: Hvordan kan vi i almen praksis nytænke tovholderfunktionen, så håndteringen af de multisyge patienter bliver nemmere? Hvordan sikrer vi et større overblik, en større grad af patientinddragelse og en bedre koordinering af kontroller og undersøgelser hos denne patientgruppe?

Målgruppe

Patienter med multisygdom.

Intervention

Formålet med denne intervention var at afprøve et nyt koncept, hvor den multisyge patient systematisk fik tilbud om en 30-minutters årssamtale med fokus på multisygdom og udfyldelse af en årsplan. Omdrejningspunktet for årssamtalen var en helhedsvurdering af den multisyge patient. Årsplanen er et nyt arbejdsredskab til håndtering af den multisyge patient. Den er udviklet i samarbejde med journaludbyderen. Den er designet som en integreret del af patientens journal, og indeholder en oversigt over patientens kroniske sygdomme samt et planlægningsmodul, der benyttes til at planlægge det næste kalenderårs kontroller og undersøgelser i almen praksis. Hensigten med årsplanen var, at hele praksis hurtigt kunne danne sig et overblik over patientens kroniske sygdomme samt planlagte kontroller og undersøgelser. Herudover kan årsplanen printes og gives til patienten ved afslutning af årssamtalen og dermed fungere som en reminder for patienten.

Involvering af sundhedspersonale

Den alment praktiserende læge har tovholderfunktionen og er ansvarlig for at levere interventionen.

Patientinvolvering

Patienten inddrages i udfyldelse af årsplanen. Uddybes ikke yderligere.

Viden om effekt

Lægerne Kanaltorvet (Albertslund) har fungeret som testpraksis for det nye koncept og har inkluderet 280 multisyge patienter i projektperioden fra 1. januar 2019 til 31. december 2019. Konceptet evalueres ved audit af udfyldte årsplaner samt interview af patienter, læger og praksispersonale i forhold til, hvordan de oplever det nye koncept. Konceptet forventes afprøvet i andre lægepraksis afhængigt af erfaringerne.

De foreløbige erfaringer med konceptet er positive, og har i 2019 været præsenteret i adskillige regionale sammenhænge, herunder ved Store Praksisdag og i netværk for multisygdom. I løbet af efteråret 2021 kommer der en artikel i Månedsskrift for almen praksis, som beskriver konceptet og resultaterne af pilotstudiet. Lige nu planlægges afprøvning af konceptet i et multipraksis-setup.

5.2 SOFIA-interventionen

Kilde: Forskningsprojektet ledes blandt andet af Susanne Reventlow (principle investigator).

SOFIA - Et interventionsstudie i almen praksis. Svær psykisk sygdom Og Fysisk helbred I Almen praksis: https://ifsv.ku.dk/om-instituttet/almen_medicin/forskning/sofia/
<https://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2020/Documents/5189/4652044.PDF>

Formål

Mennesker med en svær psykisk sygdom har ofte komplekse problemer og fysiske sygdomme (multisygdom), der fører til nedsat livskvalitet og tidligere død end den generelle befolkning. Forskning har vist, at en styrket relation mellem patienten og den praktiserende læge samt et øget fokus på behandling af somatisk sygdom tilpasset den enkeltes behov og præferencer, kan øge både livskvalitet og levetid for patientgruppen. SOFIA-interventionen er designet med involvering af alle aktører på området, heriblandt patienter, pårørende, patientforeninger, praktiserende læger, kommunalt ansatte, psykiatere med flere, for at tage hånd om ovenstående problemer. Designfasen har vist, at almen praksis kan løse mange af ovenstående problemer, hvis de får mere viden og kompetence i håndteringen af borgere med svær psykisk sygdom, bedre tid til komplekse problemstillinger og øget fokus på somatisk sygdom uafhængigt af psykisk sygdom.

SOFIA-studiet har til formål at udvikle, afprøve og implementere en ny intervention i almen praksis for mennesker med svær psykisk sygdom med det formål at øge livskvalitet og forlænge levetiden. Studiet vil teste om en femårig intervention i almen praksis kan have denne effekt.

Målgruppe

Målgruppen var patienter +18 år med svær psykisk sygdom (skizofreni, bipolar affektiv sygdom eller svær depression).

Intervention

SOFIA-studiet afprøver effekten af undervisning af de praktiserende læger og praksispersonale i håndteringen af personer med svær psykisk sygdom efter en struktureret tilgang, hvor almen praksis er opsøgende samt skaber kontakt og relation til patienten. Dette efterfølges af en systematisk opsporing af somatiske sygdomme ved en forlænget overblikskonsultation i almen praksis. Overblikskonsultationen er struktureret efter SOFIA håndbogen (indeholdende tilbud og kontaktflader til andre sektorer samt støtteværktøjer til patientinvolvering, behandlingsplaner m.m.). Her er der tid til at tale om, hvad der betyder noget for den enkelte, og hvordan lægen bedst støtter patienten.

Konsultationen inkluderer også en grundig fysisk undersøgelse og gennemgang af medicin. Forud for lægesamtalerne har patienterne udfyldt to spørgeskemaer: EQ-5D-5L (se henvisning 2. i bilag), som er et standardiseret instrument til at undersøge helbredsrelateret livskvalitet, og indeholder fem spørgsmål omkring mobilitet, egenomsorg, udførelse af almindelige aktiviteter, smerter og ubehag (5-punktsskala fra ingen problemer til ekstreme problemer) samt "The MultiMorbidity Questionnaire" (MMQ), som måler behovsrelateret livskvalitet og er særligt udviklet til at sikre valid og reproducerbar måling af livskvalitet blandt patienter med multisygdom. MMQ bruges som effektmål for, om interventionen i praksis øger patienternes livskvalitet. Alle deltagende patienter vil blive bedt om at svare på spørgeskemaet inden de kommer til den første konsultation, og igen efter et år, hvor der er en ny helbredssamtale hos egen læge. Dermed er det muligt at undersøge, om behandlingsmodellen i SOFIA gør en forskel sammenlignet med den hjælp, der tilbydes i dag hos egen læge.

Interventionen i SOFIA-studiet har tre hovedkomponenter:

1. Løbende undervisning og støtte til praktiserende læger i håndtering af personer med svær psykisk sygdom. Kurserne afholdes over to dage som smågruppebaseret undervisning med deltagelse af lægerne i almen praksis samt praksispersonale. Dette har til formål at styrke almen praksis' rolle som tovholder for patienterne, samt at lægerne opøver kompetencer og modtager relevant materiale, som styrker forudsætningen for at skabe bedst mulig sammenhæng i forløb og patientcentreret behandling (se mere under "viden om effekt"). Undervisningen vil sammen med SOFIA-håndbogen hjælpe lægerne til at gøre brug af kommunale tilbud og muligheder for patientgruppen, så patienten kan henvises ved behov.
2. Opsporing af fysiske sygdomme gennem aktiv henvendelse fra egen læge til patientgruppen.
3. Forlænget overblikskonsultation på op til 45 minutter med tid til forberedelse struktureret efter SOFIA-modellen, der giver mulighed for at tage udgangspunkt i patientens behov, værdier og ønsker til indsatsområder samt indeholder et systematisk, diagnostisk interview. Målet er at styrke relationen mellem læge og patient og skabe en individuelt tilpasset behandlingsplan for at øge levetid og livskvalitet for patienten. En del af SOFIA-håndbogen samt kursus indeholder vejledning i struktur og greb til overblikskonsultationen. I forlængelse af konsultationen vil der blive aftalt opfølgende konsultationer hos læge og/eller øvrigt praksispersonale efter behov. Alle læger i interventionsgruppen forventes at indkalde deres patienter hvert år til en forlænget konsultation (overblikskonsultation) følgende SOFIA modellen (se mere under "viden om effekt").

Involvering af sundhedspersonale

Det er den alment praktiserende læge, der er tovholder for patienten og har ansvaret for at levere interventionen.

Patientinvolvering

SOFIA-studiet og SOFIA-håndbogen er udviklet i samarbejde med patienter.

Viden om effekt

Der er siden SOFIA-projektets start i 2017 blevet arbejdet grundigt med udvikling og afprøvning i mindre skala. På nuværende tidspunkt er en pilot-RCT i gang i 12 almene praksis i Region Sjælland og Region Hovedstaden. Pilotstudiet løb over 11 måneder fra oktober 2020 til august 2021, hvor hver praksis rekrutterede 15 patienter ud fra en udtræksliste over patienter i målgruppen. Lægen kontaktede herefter disse patienter og tilbød et besøg i praksis. Når hver praksis havde rekrutteret 15 patienter, blev de randomiseret til enten interventions- eller kontrolgruppe (otte praksis i interventionsgruppen og fire i kontrolgruppen). Praksis i interventionsgruppen modtog 1,5 døgns kursus. Efter kurset kontaktede hver praksis de 15 patienter og tilbød dem en forlænget overblikskonsultation hos lægen ud fra SOFIA-modellen. Hver praksis fik SOFIA håndbogen med oversigt over kommunale tilbud, kontakt til klinisk farmakologisk afdeling m.m. Lægerne tilbydes ligeledes et 1,5 dages opfølgningskursus i 2021. De fire praksis i kontrolgruppen tilbyder deres 15 patienter almindelige konsultationer. Pilotstudiet afgør om, og i så fald hvordan, SOFIA-interventionen bedst muligt opskales til et stort lodtrækningsforsøg, hvor der forventeligt skal rekrutteres 120 almene praksis fordelt mellem Region Hovedstaden og Region Sjælland, svarende til 1800 patienter, som alle deltager i fem år.

Det skotske studie CARE Plus (beskrives i 5.4) er meget lig interventionen i SOFIA, og har vist lovende resultater med opbakning blandt praktiserende læger og bevis for omkostningseffektivitet.

5.3 Patientcentreret model for patienter med multisygdom (CIM)

Forskningsprojektet ledes af Anne Frølich. De to interventioner, SOFIA og udvikling af en patientcentreret model for patienter med multisygdom, er igangværende projekter i en dansk kontekst. De to projekter samarbejder, men omhandler to forskellige målgrupper.

Kilde: https://www.dsam.dk/files/306/mpu_06_2017_laegmands_rapport_til_mpu_udvikling_af_en_patientcentreret_model_ved_multisygdom.pdf

Birke H, Jacobsen R, Jønsson ABR, Guassora ADK, Walthe M, Saxild T, Laursen JT, Vall-Lamora MHD, Frølich A. A complex intervention for multimorbidity in primary care: A feasibility study. *Journal of Comorbidity*. 2020 Jul 30;10:2235042X20935312 2020

Formål

En stor udfordring i behandlingen af patienter med multisygdom er, at behandlingen er fragmenteret mellem flere sundhedssektorer. Meget forskning har peget på vigtigheden af en patientcentreret tilgang i behandlingen af patienter med multisygdom, og på den baggrund udviklede forfatterne en patientcentreret model (CIM) for patienter med multisygdom. Modellen er baseret på en ny tværsektoriel samarbejdsform mellem almen praksis, medicinske ambulatorier og kommunale sundhedstilbud med almen praksis som tovholder for patienten. Det centrale i modellen var at identificere patienter med behov for mange sundhedsydelser, forlænge konsultationer i almen praksis, forbedre koordination af behandling og samarbejdet mellem almen praksis, de kommunale sundhedstilbud og ambulatorier.

Målgruppe

Målgruppen var patienterne +18 år med minimum to ud af disse tre sygdomme: Diabetes, KOL eller hjertekarsygdom samt hospitalsindlæggelse eller kontakt til et ambulatorium inden for det seneste år.

Intervention

Interventionen indeholder to komponenter:

- Forlængede konsultationer (60 minutter) i almen praksis med fokus på patientens livskvalitet og målsætninger for behandling.
- Udarbejdelse af en individualiseret forløbsplan. Forløbsplanen blev udarbejdet i fællesskab mellem den alment praktiserende læge, sygeplejerske (nurse care manager), patienten og ofte også et familiemedlem ved brug af motiverende interviewteknikker (motivational interviewing).

Forløbsplanen indeholdt:

- Oversigt over patientens kroniske sygdomme
- Patientens målsætninger for behandling
- En koordineret behandlingsplan med planlagt telefonisk followup (minimum en gang) og fremtidige konsultationer
- En plan for medicinsk gennemgang (hos udvalgte patienter)
- Potentiel ændring af nogle ambulatoriekonsultationer til almindelige konsultationer i almen praksis
- Henvisning til rehabilitering.

Den koordinerede forløbsplanen blev delt elektronisk med kommunen og ambulatoriet. Sygeplejersken (nurse care manager) koordinerede aktiviteterne i både primær og sekundær sektor for at understøtte den tværsektorielle samarbejdsform. Interventionen varede i seks måneder og blev afsluttet med en forlænget konsultation mellem patienten og den alment praktiserende læge med fokus på, hvorvidt patientens målsætninger var blevet opfyldt.

Ved den første konsultation blev patienten ligeledes bedt om at udfylde to spørgeskemaer: "The Patient Assessment of Chronic Illness Care" PACIC (se henvisning 3. i bilag), som er et valideret 20-itemsspørgeskema (5-punktsskala fra 1 (aldrig) til 5 (altid)) til at undersøge patientaktivering, organisering af behandling/beslutningsstøtte, målsætninger (goal-setting), problemløsning og followup/koordination samt "The EuroQol 5-Dimension" EQ-5D-3L (se henvisning 4. i bilag), som er et 5-itemsspørgeskema til at undersøge helbredsrelateret livskvalitet ift. mobilitet, selvpleje, udførelse af almindelige aktiviteter, smerter/ubehag samt angst/depression.

De alment praktiserende læger, praksispersonalet og de sundhedsprofessionelle fra de kommunale tilbud og fra ambulatorierne modtog to timers træning. Træningen bestod af et detaljeret overblik over aktiviteterne i modellen, karakteristik af multisygdom, sundhedsudfordringer hos patienter med multisygdom og vurdering af polyfarmaci. Ligeledes blev de sundhedsprofessionelles roller og ansvarsområder diskuteret.

Involvering af sundhedspersonale

Interventionen blev primært leveret af den alment praktiserende læge som tovholder for patienten samt en sygeplejerske (nurse care manager) med ansvaret for at koordinere aktiviteterne i både den primære og sekundære sundhedssektor.

Alment praktiserende læger, sundhedsprofessionelle fra to kommunale sundhedscentre (sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister, ergoterapeuter) samt specialister og sygeplejersker fra hospitalssektoren deltog i udviklingen og afprøvningen af modellen.

Patientinvolvering

Patienterne blev inddraget i udarbejdelsen af den individualiserede forløbsplan. Patienterne udtrykte ligeledes i fokusgruppeinterviews (feasibility-studiet), at deres unikke viden om deres sygdomme gjorde dem i stand til at bidrage med væsentlig viden i planlægningen af deres behandling og medicinering, men de oplevede ikke, at deres individuelle præferencer og værdier blev systematisk inddraget.

Viden om effekt

Resultaterne af et feasibility-studie i en større almen praksis i København viste, at længere konsultationstid, brug af "care manager" og udvikling af individualiserede forløbsplaner var værdifulde elementer i modellen. Brugen af spørgeskemaer ved den første konsultation var ikke tænkt som værende en del af modellen, men det viste sig at være brugbart ift. at italesætte livsstilsændringer og strukturere konsultationen. Interventionen viste sig dermed at være gennemførlig i almen praksis, men der er behov for at raffinere og teste modellen ved et RCT-pilotstudie inden implementering. Til efteråret 2021 igangsættes et pilot-RCT.

5.4 CARE Plus-interventionen

Kilde: Mercer SW, Fitzpatrick B, Guthrie B, Fenwick E, Grieve E, Lawson K, Boyer N, McConnachie A, Lloyd SM, O'Brien R, Watt GCM, Wyke S. The CARE Plus study – a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory cluster randomised controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Med.* 2016;14(1):88

Formål

Multisygdom forekommer oftere og tidligere samt udgør en større sygdomsbyrde hos borgere bosat i dårligt stillede områder. For at forbedre trivslen og livskvaliteten, for patienter med multisygdom i dårligt stillede områder, er der behov for en "whole-system"-tilgang. På den baggrund udviklede man i Skotland CARE Plus-interventionen, med det formål at forbedre trivslen og livskvaliteten blandt patienter med multisygdom bosat i dårligt stillede områder. Det centrale i CARE Plus-interventionen var forlængede konsultationer, en struktureret patientcentret empatisk tilgang, undervisning af alment praktiserende læger og understøttelse af egenomsorg (self-management).

Målgruppe

Målgruppen var patienter i alderen 30-65 år diagnosticeret med to eller flere langvarige sygdomme.

Intervention

CARE Plus-interventionen bestod af tre hovedkomponenter:

1. Forlænget konsultationstid (30-45 minutter).
2. Gruppebaseret undervisning af de alment praktiserende læger i brugen af de længere CARE Plus strukturerede konsultationer, baseret på "the CARE Approach", for at sikre en holistisk tilgang. CARE Plus konsultationerne fokuserede på at identificere patientens bekymringer og prioriteter, fokus på egenomsorg samt i fællesskab at udarbejde en forløbsplan for patienten. The Care Approach er et læringsværktøj som er blevet udviklet til at hjælpe praktiserende læger med at reflektere over, øve, vedligeholde og forbedre deres kommunikationsevne og bruge disse færdigheder effektivt til at hjælpe med at styrke patientens empowerment (se henvisning 5. i bilag).
3. Udlevering af materiale til patienterne ift. at understøtte egenomsorgen, bl.a. mindfulness-baserede cd'er til stresshåndtering, en pjece om selvhjælp og kognitiv adfærdsterapi, skriftligt materiale om interventionen og selvhjælpsmaterialet.

De alment praktiserende læger blev ligeledes opmuntret til at henvise patienterne til relevante lokale/kommunale sundhedstilbud. Interventionen forløb over 12 måneder, hvorefter patienterne kom til en followup konsultation.

De alment praktiserende læger deltog i tre møder. Et møde ved starten af interventionen, hvor interventionen blev forklaret og diskuteret. Ved de andre to møder blev fremskridt ved interventionen gennemgået og diskuteret, og der blev opfordret til case-baserede diskussioner for at facilitere fælles læring.

Involvering af sundhedspersonale

Den alment praktiserende læge havde ansvaret for at levere interventionen.

Interventionen blev bl.a. udviklet på baggrund af interview med alment praktiserende læger og sygeplejersker i almen praksis.

Patientinvolvering

Patienterne blev inddraget i udarbejdelsen af forløbsplanen.

Interventionen blev bl.a. udviklet på baggrund af interviews med patienter med multisygdom fra dårligt stillede områder i Glasgow.

Viden om effekt

Patienternes livskvalitet blev målt med EQ-5D-5L (se henvisning 2. i bilag), som er et standardiseret instrument til at undersøge helbredsrelateret livskvalitet. Det indeholder fem spørgsmål omkring mobilitet, egenomsorg, udførelse af almindelige aktiviteter, smerter og ubehag (5-punktsskala fra ingen problemer til ekstreme problemer).

Interventionen viste en forbedring af patienternes livskvalitet efter seks måneder, men forbedringen var dog ikke signifikant efter 12 måneder. Patienternes trivsel blev målt med W-BQ12-spørgeskemaet, som har tre komponenter (negativ trivsel, positiv trivsel og energi), som kan kombineres til én samlet score for den generelle trivsel. Interventionen reducerede signifikant patienternes negative trivsel, men ikke den generelle trivsel. Interventionen var omkostningseffektiv.

5.5 3D-interventionen

Kilde: Salisbury C, Man M-S, Bower P, Guthrie B, Chaplin K, Gaunt DM, Brookes S, Fitzpatrick B, Gardner C, Hollinghurst S, Lee V, McLeod J, Mann C, Moffat KR, Mercer SW. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. Lancet. 2018;392(10141):41-50

Procesevaluering: Mann C, Shaw AGR, Guthrie B, Wye L, Man M-S, Chaplin K, Salisbury C. Can implementation failure or intervention failure explain the result of the 3D multimorbidity trial in general practice: mixed-methods process evaluation. BMJ Open. 2019;9(11):e031438

Formål

I behandlingen af patienter med kroniske sygdomme har der været særligt fokus på at udvikle standardiserede guidelines til behandling af den specifikke sygdom. For patienter med multisygdom kan det dog være uhensigtsmæssigt at lave behandlingsanbefalinger efter sygdomsspecifikke guidelines, da dette medfører et isoleret fokus på hver enkelt sygdom. Dette kan medføre adskillige medicinordninger og en fragmenteret behandling mellem forskellige sektorer, som er dårligt koordineret. Der er dermed international konsensus om, at behandlingen af patienter med multisygdom skal være patientcentreret og skal varetages af et multidisciplinært team. På den baggrund blev 3D-interventionen udviklet. Interventionen består i en patientcentreret model for patienter med multisygdom og er baseret på tre dimensioner: Sundhed, depression og medicin.

3D-interventionen har til formål at forbedre kontinuitet, koordination og effektivitet af behandlingen ved at erstatte det sygdomsspecifikke fokus på helbredstilstanden i konsultationer med en omfattende tværfaglig vurdering og 3D-gennemgang af patienten hver sjette måned.

Målgruppe

Målgruppen var patienter +18 år med mindst tre forskellige kroniske sygdomme.

Intervention

Den omfattende og tværfaglige 3D-gennemgang af patienten (hver sjette måned) indeholdt tre konsultationer: Først en konsultation med en sygeplejerske fra almen praksis, herefter en medicingennemgang med en farmaceut og til sidst en konsultation med den ansvarlige, praktiserende læge.

- I indkaldelsesbrevet, som patienten modtog, blev patienten bedt om at overveje, hvilke sundhedsproblemer der var mest generende. Sygeplejersken fokuserede herefter (i den første konsultation) på at identificere de sundhedsproblemer, der var vigtigst for patienten ved at spørge ind til smerter, funktionsevne og livskvalitet.

Sygeplejersken spurgte ligeledes ind til patientens sociale situation og registrerede rutinemæssige sundhedsparametre såsom blodtryk, BMI, rygevaner m.m. Ligeledes blev patienten screenet for depression og demens, hvorefter den sygdomsspecifikke behandling, patienten havde behov for, blev adresseret. Resultaterne blev opsummeret og udskrevet til den efterfølgende konsultation med lægen.

- Farmaceuten anvendte patientens elektroniske lægejournal til at foretage en gennemgang af patientens medicinering og kom dernæst med anbefalinger til optimering og forenkling af den medicinske behandling.
- På baggrund af sygeplejerskens og farmaceutens vurderinger diskuterede lægen i samarbejde med patienten: Overholdelse af medicinering, patientens vigtigste målsætninger og prioriteringer, hvordan lægen bedst kunne hjælpe patienten, hvilke konkrete handlinger der skulle sættes i gang og en tidslinje for followup. Lægen og patienten nåede afslutningsvis frem til en forløbsplan for patienten, som specificerede, hvordan patienten og klinikere skulle adressere patientens målsætninger over de næste seks måneder ved rutine-konsultationer.

Alle tre faser i 3D-interventionen var baseret på en elektronisk skabelon (template), som blev integreret i det elektroniske medicinske journalsystem (i UK). Alle de involverede kliniske medarbejdere modtog 2,5 dages undervisning og oplæring, mens de administrative medarbejdere blev undervist ved et separat møde. Hver almen praksis identificerede én person til at understøtte implementeringen.

Involvering af sundhedspersonale

Interventionen blev leveret af hhv. en sygeplejerske fra praksis, en farmaceut og en alment praktiserende læge (samme læge ved hver gennemgang).

Patientinvolvering

Patienten blev inddraget i udviklingen af forløbsplanen i samarbejde med den praktiserende læge.

Viden om effekt

Det primære outcome var livskvalitet målt med EQ-5D-5L (se henvisning 2. i bilag), som er et standardiseret instrument til at undersøge helbredsrelateret livskvalitet, og indeholder fem spørgsmål om mobilitet, egenomsorg, udførelse af almindelige aktiviteter, smerter og ubehag (5-punktsskala fra ingen problemer til ekstreme problemer). Livskvalitet blev målt efter 9 og 15 måneder. Interventionen var ikke associeret med en forbedring i patienternes livskvalitet.

En procesevaluering af implementering af interventionen viste dog, at implementeringen var mangelfuld i flere tilfælde: Der blev ikke afholdt det nødvendige antal af 3D-konsultationer eller udarbejdet forløbsplaner. Tab af personale, praksis' størrelse og

forskellige administrative strategier influerede ligeledes på implementeringens fidelitet (nøjagtighed i gennemførelsen). I de almene praksis, hvor hele det administrative team var involveret, og hvor der var en god tilpasning og afstemning mellem interventionen og den almindelig behandling, forløb implementeringen generelt bedre. Proces-evalueringen konkluderede, at korrekt implementering af interventionen ville have forbedret patientoplevelsen i almen praksis. Men korrekt implementering af interventionen ville dog forsat ikke have medført en forbedret livskvalitet (primært outcome). Dette grundet manglende interesse og engagement fra patienterne i udarbejdelsen af forløbsplanerne (observeret ved interview) samt udfordringer i organiseringen af 3D-gennemgangene i praksis.

5.6 PCC-tilgangen

Kilde: Ngangue PA, Forgues C, Nguyen T, Sasseville M, Gallagher F, Loignon C, Stewart M, Brown JB, Chouinard MC, Fortin M. Patients, caregivers and health-care professionals' experience with an interdisciplinary intervention for people with multimorbidity in primary care: A qualitative study. *Health Expectations*. 2020;23(2):318-327

Formål

Med fokus på at styrke det primære sundhedsvæsen, det interprofessionelle arbejde og integreret behandling udviklede man i Canada "patient-centred care" (PCC)-tilgangen. PCC-tilgangen gør det muligt at understøtte patienter med egenomsorgsmuligheder (self-management) tilpasset deres præferencer. Med udgangspunkt i PCC-tilgangen, blev en fire måneders interdisciplinær intervention udviklet med det formål at understøtte egenomsorgen hos patienter med multisygdom.

Målgruppe

Målgruppen var patienter mellem 18-80 år, kognitivt intakte med minimum tre kroniske sygdomme eller risikofaktorer.

Intervention

I implementeringsfasen af interventionen blev der oprettet interdisciplinære teams, kaldet "family medicine groups", hvor en alment praktiserende læge (family physician), en sygeplejerske med ansvar for koordinering, og andre relevante sundhedsprofessionelle (f.eks. diætist eller respiratorisk terapeut) blev tilknyttet og undervist i PCC-tilgangen, interprofessionelt samarbejde, motiverende interview (motivational interviewing) og egenomsorgsstøtte (self-management support).

Hver patient modtog en times vurdering og evaluering af en sygeplejerske med det formål at udvikle en forløbsplan baseret på patientens behov i henhold til patientens egne mål. Forløbsplanen blev udviklet med baggrund i den uddannelse og træning, de sundhedsprofessionelle havde fået. De sundhedsprofessionelle havde i gennemsnit fået 7,8 timers undervisning. Derefter blev patienten henvist til andre relevante sundhedsprofessionelle i henhold til deres forløbsplan.

Gennem forløbet blev der afholdt interdisciplinære møder mellem den alment praktiserende læge, sygeplejersken og de andre relevante sundhedsprofessionelle for at diskutere og ensrette forløbsplanen. Patienterne modtog i gennemsnit 2,6 timers interprofessionel intervention i løbet af de fire måneder interventionen varede.

Involvering af sundhedspersonale

Det interdisciplinære team bestod af almen praksis "family physician", en koordinerende sygeplejerske og andre relevante sundhedsprofessionelle placeret i "family medicine groups".

Patientinvolvering

Patientens forløbsplan blev udviklet i samarbejde mellem sygeplejersken og patienten.

Viden om effekt

Dette studie undersøgte – gennem interview med de sundhedsprofessionelle, patienterne og omsorgspersoner – disses opfattelser og oplevelser ved interventionen.

Patienterne oplevede, at den interdisciplinære intervention og udarbejdelsen af forløbsplanen medvirkede til at skabe realistiske og tilpassede målsætninger. Ligeledes oplevede patienterne, at interventionen var tilpasset deres virkelighed, og at interventionen hjalp patienterne med at opbygge selvtillid, forbedre deres viden, færdigheder og motivation ift. at forbedre egenomsorgen.

Brugen af teammøder og de elektroniske sygejournaler forbedrede udvekslingen af informationer i teamet. Udfordringer ved interventionen var primært relateret til samarbejde, koordinering af arbejde og integration af andre sundhedsprofessionelle.

5.7 OPT-prioriteringsværktøj

Kilde: Van Summeren JJ, Shuling J, Haaïjer-Ruskamp FM, Denig P. Outcome prioritisation tool for medication review in older patients with multimorbidity: a pilot study in general practice. *British Journal of General Practice*. 2017;67(660):e501-e506

Formål

Multisygdom og brugen af kliniske guidelines i behandlingen af patienter med multisygdom fører ofte til polyfarmaci, særligt blandt de ældste aldersgrupper. Fried et al.¹ udviklede på den baggrund et simpelt prioriteringsredskab (OPT) til at undersøge ældre menneskers præferencer af fire forskellige universelle sundhedsudfald: Forblive i live, bibeholde uafhængighed, reducere smerter eller reducere andre symptomer.

Individuelle præferencer kan anvendes til at guide beslutninger om behandlingen hos polyfarmaci-patienter med multisygdom. Formålet med interventionen var at undersøge, hvilke forandringer i medicinering brugen af OPT førte til blandt polyfarmaci-patienter med multisygdom.

Målgruppe

Målgruppen var patienter +69 år med to eller flere kroniske sygdomme (en af dem skulle være hjertekarsygdom) samt et dagligt indtag af fem eller flere lægemidler.

Intervention

De alment praktiserende læger anvendte OPT til at foretage en medicingennemgang blandt patienter med multisygdom. OPT er et "værktøj" til at understøtte samtalen mellem patient og læge med fire flytbare "knapper" på en skala fra 0 til 100, der hver repræsenterer et af de fire sundhedsudfald (se henvisning 6. i bilag).

I brugen af OPT forklarede lægen først de fire sundhedsudfald til patienten, hvorefter patienten selv scorede de fire udfald ift. deres vigtighed og prioriterede imellem dem. Herefter gennemgik lægen patientens medicinering med henblik på patientens egen prioritering af sundhedsudfaldene. OPT tilbyder ingen specifikke guidelines, hvormed lægen på egen vis skal træffe beslutninger om ændringer i medicineringen. Eksempelvis, hvis en patient prioriterede reducere smerter som det vigtigste og forblive i live som det mindst vigtige, kunne lægen evt. anbefale at fastholde den medicinering, der var symptomlindrende og stoppe den medicinering, der var livsforlængende/forebyggende.

¹ I artiklen henvises der til Fried et al.

Fried TR, Tinetti M, Agostini J, et al. Health outcome prioritization to elicit preferences of older persons with multiple health conditions. *Patient Educ Couns* 2011; **83**(2): 278-282.

I diskussionen af dette med patienten var det vigtigt at lægen fokuserede på, hvilke mulige konsekvenser ændringer i medicineringen kunne have på de andre sundhedsudfald, f.eks. i bibeholdelsen af uafhængigheden. Lægen kunne ligeledes vælge at planlægge en ny konsultation med en farmaceut for at give patienten mere tid til at reflektere over OPT-scoren.

Involvering af sundhedspersonale

Den alment praktiserende læge stod for at afholde OPT-samtalen og foretog selvstændigt beslutningerne om mulige ændringer i medicineringen.

Patientinvolvering

Beslutningen om ændringer i medicineringen blev baseret på en samtale og diskussion mellem patienten og den alment praktiserende læge.

Viden om effekt

Brugen af OPT medførte primært at patienterne stoppede brugen af medicin. Patienter, som prioriterede "reducering af andre symptomer" højest, havde flest ændringer i deres medicinering, mens de patienter, som prioriterede "forblive i live" eller "bibeholde uafhængighed" højest, havde de færreste ændringer. Lægerne havde sværest ved at komme med anbefalinger til de patienter, der prioriterede "bibeholde uafhængighed" som det højeste, men lægernes foreslåede medicinændringer var generelt set i tråd med patienternes prioriterede sundhedsudfald.

5.8 MY COMRADE-interventionen

Kilde: Sinnott C, Byrne M, Bradley CP. Improving medication management for patients with multimorbidity in primary care: a qualitative feasibility study of the MY COMRADE implementation intervention. *Pilot and Feasibility Studies*. 2017 Mar 20;3:14

Se også for beskrivelse af udviklingen af interventionen: Sinnott C, Mercer SW, Payne RA, Duerden M, Bradley CP, Byrne M. Improving medication management in multimorbidity: development of the Multimorbidity COLlaborative Medication Review And DECision Making (MY COMRADE) intervention using the Behaviour Change Wheel. *Implementation Science*. 2015;10:132.

Formål

Det anbefales, at patienter med multisygdom jævnligt får gennemgået deres medicinering af deres alment praktiserende læge for at undgå uhensigtsmæssig medicinering og bivirkninger. For at understøtte de alment praktiserende læger i at foretage mere omfattende og strukturerede medicingennemgange blev MY COMRADE-interventionen udviklet. Dette studie er en pilotundersøgelse af gennemførligheden af MY COMRADE-interventionen ved at implementere strukturerede medicingennemgange for patienter med multisygdom.

Målgruppe

Målgruppen var patienter, som indtog ti eller flere lægemidler, eller patienter som indtog fem eller flere lægemidler samt havde andre komplicerende omstændigheder, f.eks. forringet kognition eller lav forventet levetid.

Intervention

MY COMRADE-interventionen bestod af tre adfærdsændringsteknikker:

1. Den væsentligste adfærdsændringsteknik var "peer-support", hvor to alment praktiserende læger i fællesskab foretog en struktureret medicingennemgang med det formål at generere en optimeret plan for medicineringen af den multisyge patient. Medicingennemgangen blev struktureret ud fra NO TEARS-tjeklisten (se henvisning 7. i bilag). Lægen nedskrev medicinanbefalingerne, således det var muligt at gennemgå disse foreslåede anbefalinger med patienten til næste konsultation.
2. Udvikling af en handlingsplan ift. at tilpasse MY COMRADE til egen praksis (action planning).
3. Allokere beskyttet tid i lægens kalender til afholdelse af gennemgangen (restructuring of the social environment).

Involvering af sundhedspersonale

To alment praktiserende læger samarbejdede om at gennemføre medicingennemgangen.

Patientinvolvering

Patienten blev ikke involveret i medicingennemgangen.

Viden om effekt

Implementering af interventionen og allokering af "beskyttet tid" og "peer-support" understøttede udførelsen af den strukturerede medicingennemgang. Peer-support var den vigtigste af adfærdsændringsteknikkerne ift. at optimere patienternes medicinering. De alment praktiserende læger fandt ligeledes interventionen acceptabel.

Studiet kunne dog ikke vise, om MY COMPRADE havde en positiv effekt ift. at undgå uhensigtsmæssig medicinering, eller om interventionen var omkostningseffektiv, da studiet ikke havde til formål at undersøge dette.

5.9 Goal-setting

Kilde: Salter C, Shiner A, Lenaghan E, Murdoch J, Ford JA, Winterburn S, Steel N. *Setting goals with patients living with multimorbidity: qualitative analysis of general practice consultations. British Journal of General Practice. 2019;69(684):e479-e488*

Formål

Goal-setting har til formål mellem lægen og patienten at bringe patientens præferencer i centrum i konsultationen. Goal-setting indebærer en udveksling af realistiske sundheds- og trivselsmålsætninger og er forankret i en forståelse af patientens prioriteringer og præferencer. Hvis alment praktiserende læger og patienter med multisygdom i fællesskab finder ud af, hvad der virkelig betyder noget for patienten, kan dette være med til at forbedre patienternes egenomsorg (self-management) samt undgå bl.a. hospitalsindlæggelser og derved eventuelt reducere medicinering og omkostninger.

Goal-setting kan dermed bidrage til en patientcentreret tilgang i konsultationen, hvilket er en tilgang, der særligt advokeres for til patienter med multisygdom. En patientcentreret tilgang kræver dog gode kommunikative evner, hvilket goal-setting kan være med til at facilitere. Formålet var at undersøge, gennem videooptagelser af goal-setting-konsultationer samt interview med patienter og læger, hvad der var de centrale komponenter i en goal-setting-proces i almen praksis.

Målgruppe

Patienter med to eller flere langvarige sygdomme.

Intervention

Forfatterne af studiet udviklede en "goal-setting-training-model" med en patientcentreret tilgang, indeholdende fem forskellige trin:

1. Forberedelse
2. Målfrembringelse (elicitation)
3. Vurdering af muligheder
4. Fremstille SMART-mål (specifikt, målbart, attraktivt, realistisk, tidsbestemt)
5. Evaluering.

Lægerne deltog i en 3-timers lang workshop med erfaringsudveksling samt i en diskussion af nøgleelementerne (skill spotting) ved brug af video-eksempler af goal-setting-konsultationer og rollespil.

Patienterne fik udleveret et goal-setting-ark (GSS) på tre sider med tre "trigger"-spørgsmål. Patienterne blev dernæst inviteret til at deltage i to 20-minutters goal-setting-konsultationer for at diskutere deres målsætninger (dette blev optaget) samt en 10-minutters followup-konsultation seks måneder senere.²

Involvering af sundhedspersonale

De alment praktiserende læger stod for at levere interventionen.

Patientinvolvering

Udarbejdelse af patientens målsætninger, var en fælles proces mellem lægen og patienten.

Viden om effekt

Resultaterne af interventionen viste, at de fleste patienter satte to eller tre målsætninger, der alle var relateret til deres helbred eller trivsel. Fire komponenter viste sig at være afgørende for, at goal-setting-processen var effektiv:

1. Patientforberedelse og -engagement. Hvorvidt patienterne var forberedte inden konsultationen, havde en indvirkning på, om konsultationerne var patientstyret. Forberedelsen inkluderede, at patienterne diskuterede deres målsætninger med familie eller omsorgsperson samt udfyldte det udleverede goal-setting-ark. I de konsultationer, hvor patienten ikke var forberedt, tog lægen mere kontrol, og der var ligeledes ingen eksempler på, at goal-setting-processen gik godt.
2. Frembringelse og legitimering af målsætninger. Frembringelsen af målsætninger var en fælles proces mellem lægen og patienten, hvilket involverede "relationship building". Dette medførte at patienterne var i stand til at fremlægge målsætninger, de ellers ikke tidligere havde følt, de kunne "tage op" i konsultationer. Lægerne agerede ofte som katalysatorer i goal-setting-processen ved at validere og legitimere patienternes prioriteter og målsætninger. For mange patienter havde lægerne rolle i højere grad været som en form for moralsk støtte ift. at lytte, validere og støtte patienterne i deres målsætninger, frem for at det var lægen, der "tog handling".
3. Kollaborativ "action planning". En af de vigtigste aspekter i goal-setting var muligheden for, at patienten og lægen kunne diskutere, formulere og blive enige om målsætningernes specifikke indhold. Denne proces krævede tid, forhandlinger, drøftelser og fælles beslutningstagning om "vejen" til målopfyldelsen.
4. Alment praktiserende lægers engagement. De alment praktiserende lægers engagement i processen var vigtig for at opnå succes.

² The GSS and goal-recording forms, for both consultations, are available from the authors on request.

Problemerne ved goal-setting-processen var primært relateret til problemer med at gøre nogle af målsætningerne målbare, samt at det var en tidskrævende proces.

5.10 Samskabelse i behandling

Kilde: Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. *The Need for Co-Creation of Care with Multi-Morbidity Patients – A Longitudinal Perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020;17(9):3201

Formål

Samskabelse (co-creation) i behandling, baseret på kvaliteten af kommunikation og relationen mellem læge og patient, kan være en værdifuld tilgang til at forbedre behandlingen af patienter med multisygdom. Samskabelse er særligt egnet i situationer som involverer kompleksitet, usikkerhed og begrænset tid. Samskabelse i behandling er baseret på gensidig kommunikation og god relation mellem sundhedsprofessionelle og patienter. God kommunikation i en samskabelseskontekst er karakteriseret ved at være præcis, rettidig, hyppig og problemløsende. En god relation er karakteriseret ved fælles viden, målsætninger og gensidig respekt. Hyppige møder mellem patienten og de sundhedsprofessionelle er med til at sikre, at præcis information bliver kommunikeret, og dette øger ligeledes sandsynligheden for informationsdeling af både personlig og medicinsk information.

Formålet med dette studie var at undersøge sammenhængen mellem forbedring af samskabelse i behandling og fysisk og social trivsel samt tilfredshed med behandling blandt patienter med multisygdom.

Målgruppe

Patienter med to eller flere kroniske sygdomme.

Intervention

Studiet var en del af et større longitudinelt studie i Holland, hvor syv almene praksis deltog. De alment praktiserende læger deltog i fem "videns-workshops" i løbet af et år med det formål at informere, motivere og undervise lægerne i at tilbyde mere patientcentreret behandling og dermed forbedre samskabelsesprocessen.

De fem workshops indeholdt viden om og undervisning i seks forskellige interventioner:

- Coaching i patientcentrering. Gennem to workshops modtog ansatte i almen praksis coaching ift. at forbedre patientcentreringen i praksis. Dette vedrørte alt fra

tidsbestilling, konsultationsstruktur m.m., som blev evalueret og diskuteret, ift. hvordan dette kunne blive mere patientcentreret.

- Delt beslutningstagen. Gennem en workshop blev de sundhedsprofessionelle undervist i brugen af delt beslutningstagen i konsultationer med patienter ift. forberedelse af patienterne i processen om delt beslutningstagen, bestemmelse af målsætninger, at nå til enighed om "action points" og handling samt evaluering.
- Undervisning i genkendelse af analfabetisme. Denne undervisning fokuserede på, hvordan de sundhedsprofessionelle kunne genkende patienter med analfabetisme, og hvordan de skulle justere deres kommunikation i konsultationer med disse patienter.
- "Tre gode spørgsmål". Denne intervention var baseret på en hollandsk kampagne med fokus på at informere patienter om, at deres ønsker, bekymringer og behov har betydning i konsultationer. For at gøre patienterne opmærksomme på deres rolle i en konsultation, blev der placeret pjecer med de tre gode spørgsmål i venteværelset i praksis. De tre gode spørgsmål, som patienter kunne stille lægen, var:
 1. Hvad er mine muligheder?
 2. Hvad er fordele og ulemper ved disse muligheder?
 3. Hvad har det af betydning for min situation?
- Motiverende interview (motivational interviewing). Undervisning og træning i en direkte og patientcentreret tilgang til rådgivning ift. at hjælpe patienterne med at foretage en adfærdsændring.
- Dagbog. Alle de sundhedsprofessionelle førte dagbog, ift. hvordan de forbedrede/ændrede behandlingerne i løbet af året.

De fleste læger optog ligeledes en konsultation med en af deres patienter for at kunne diskutere med en underviser, hvordan lægen kunne forbedre samskabelse i behandlingen med patienten. Ligeledes deltog de i fire "get together"-workshops for at diskutere og dele deres oplevelser med interventioner.

Involvering af sundhedspersonale

De alment praktiserende læger deltog i de forskellige workshops og stod dernæst for at forbedre samskabelsen og patientcentreringen i egen praksis.

Patientinvolvering

Uddybes ikke nærmere.

Viden om effekt

Niveauet af samskabelse, trivsel og tilfredshed med behandling blev målt gennem forskellige spørgeskemaer, bl.a. SASC og SPF-IL.

Lægernes deltagelse i den etårige studieperiode forbedrede deres samskabelse i behandlingen af patienterne signifikant, men studiet gav dog ikke indsigt i, hvilke af de specifikke interventioner, som lægerne fik undervisning i, der bidrog til forbedringer i samskabelsesprocessen. Forbedringer i samskabelsen i behandlingen hos patienter med multisygdom gavnede patienternes fysiske og sociale velbefindende og trivsel samt tilfredshed ved behandlingen.

5.11 ePRO tool – en mHealth teknologi

Kilde: Khan AI, Gill A, Cott C, Hans PK, Gray CS. *mHealth tools for the Self-Management of Patients With Multimorbidity in Primary Care Settings: Pilot Study to Explore User Experience. JMIR mHealth and uHealth. 2018;6(8):e171*

Formål

Brugen af mHealth-teknologier kan muliggøre integrationen af egenomsorgsinterventioner (self-management) i patienters daglige rutine. Dette gøres ved på daglig basis at give dem adgang til uddannelsesmateriale, registrering af sundhedsadfærd og "tracking" af sundhedsdata (blodsukker, blodtryk m.m.). Disse informationer deles med de sundhedsprofessionelle, og dermed gives der mulighed for en kollaborativ håndtering af deres kroniske sygdomme.

ePRO tool er en mHealth-teknologi, som er udviklet ud fra en brugercentreret tilgang, med fokus på at facilitere egenomsorgsinterventioner hos patienter med multisygdom. Dette studie undersøgte patienternes og sundhedsprofessionelles syn og oplevelser angående brugen af ePRO tool for at forstå, hvordan dette kunne bidrage til egenomsorg blandt patienter med multisygdom.

Målgruppe

Patienter med multisygdom (kunne både være kroniske sygdomme, sociale kompleksiteter eller være psykiske sundhedsudfordringer), og som var i stand (eller havde en omsorgsperson som var i stand) til at betjene en tablet/ipad.

Intervention

De sundhedsprofessionelle modtog to gange en times træningssession med ePRO, og patienterne modtog ligeledes 30 minutters eneundervisning og træning i brugen af ePRO. ePRO inkluderede en mobil platform, der var forbundet til en web-baseret portal og havde to nøglekomponenter (se henvisning 8. i bilag):

1. Goal-setting for at udvikle og "tracke" egenomsorgsmålsætninger
2. En hospitals-tjekud-funktion som notificerede de sundhedsprofessionelle om hospitalsbesøg.

Målsætningerne blev baseret på fem emner:

1. Fysisk og social trivsel
2. Mental trivsel
3. Mobilitet
4. "Pain management"

5. Vægt-/diæt-management.

Målsætningerne blev forbundet med en overvågningsprotokol (linked to a designated monitoring protocol) baseret på indikatorer fra en række validerede skalaer (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS), Global Health Scale, PROMIS Pain Interference Scale, PROMIS Health Assessment Questionnaire, Generalized Anxiety Disorder Scale og Patient Health Questionnaire). Patienterne kunne på daglig basis tage billeder af deres mad og "tracke" deres vægt.

Hver patient modtog en Samsung Core mobiltelefon, der havde ePRO installeret. Men de fik også tilbud om at bruge portalen frem for mobiltelefonen til at monitorere deres data. De sundhedsprofessionelle kunne tilgå portalen via deres computer, således de i samarbejde med patienterne kunne etablere målsætningerne, "tracke" patienternes udvikling over tid og tilgå hospitals-"checkouts". Ved begyndelsen af studiet havde læge/sygeplejersken en 30-minutters konsultation med patienten for i samarbejde at bestemme målsætningerne, diskutere behov relateret til administration af multisygdomme og identificering af de relevante overvågningsprotokoller af patientens egenomsorgsmålsætninger.

Efterfølgende "trackede" patienterne deres fremskridt i fire uger og havde herefter et møde med deres læge/sygeplejerske for at gennemse resultaterne og diskutere fremskridt. Ligeledes kunne patienterne vælge, om de ønskede at se deres læge/sygeplejerske mere regelmæssigt efterfølgende.

Involvering af sundhedspersonale

Teamet af sundhedsprofessionelle bestod af fem familielæger (family physicians), en sygeplejerske fra almen praksis, en socialmedarbejder (social worker), to autoriserede sygeplejersker to sygehjælpere to diabetes-undervisere og seks administrative medarbejdere.

Patienterne havde en tovholder (deres egen læge eller sygeplejersken fra almen praksis), som administrerede behandlingen, men patienterne kunne også modtage behandling fra de resterende sundhedsprofessionelle i teamet.

Patientinvolvering

Patienterne stod selv for at "tracke" deres fremskridt gennem ePRO-portalen i fire uger.

Viden om effekt

ePRO tilbød værdifuld indsigt i patienternes kontekst og bidrog til bedre egenomsorg, da patienterne oplevede at ePRO bidrog til bedre distribution af arbejdsbyrden til flere sundhedsprofessionelle i teamet, og de sundhedsprofessionelle pointerede, at ePRO bidrog med et vigtigt indblik i, hvordan patienternes kontekst influerede på patienternes

fremskridt. Både patienterne og de sundhedsprofessionelle understregede dog behovet for mere eksplicit anerkendelse af patienternes kontekst, herunder større tilpasning af indholdet, således det bedre kunne tilpasses kompleksiteten af egenomsorgen hos denne patientgruppe.

5.12 COINCIDE-interventionen

Kilde: Coventry P, Lovell K, Dickens C, Bower P, Chew-Graham C, McElvenny D, Hann M, Cherrington A, Garrett C, Gibbons CJ, Baguley C, Roughley K, Adeyemi I, Reeves D, Waheed W, Gask L. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ*. 2015;350:h638

Formål

Kombinationen af langvarig sygdom og depression er associeret med det største fald i livskvalitet. Collaborative Interventions for Circulation and Depression, (COINCIDE)-interventionen, er en integreret kollaborativ model med det formål at reducere symptomer på depression blandt patienter med multisygdom. Det centrale i COINCIDE-interventionen var at inkorporere otte sessioner med kortvarig lavintensitets-psykologisk terapi i almen praksis.

Målgruppe

Målgruppen var patienter over 18 år med depressive symptomer og diabetes og/eller hjertesygdomme.

Intervention

I løbet af tre måneder modtog patienterne op til otte ansigt-til-ansigt-sessioner bestående af kortvarig psykologisk terapi leveret af en "psychological wellbeing practitioner"³, som blev tilknyttet almen praksis. De "psychological wellbeing practitioners" blev undervist i COINCIDE-modellen over fem dage af et multidisciplinært team bestående af psykoterapeuter, almen praktiserende læge med speciale i mental sundhed og en psykiater (se henvisning 9. i bilag). Ligeledes modtog de ugentligt en times individuel vejledning af en erfaren "psychological therapist".

I den første session, med en varighed på 45 minutter, gennemførte den "psychological wellbeing practitioner" et struktureret patientcentreret interview for at få indsigt i patientens problemer og oplevelse af patientens autonomi samt adfærdsmæssige og kognitive symptomer associeret med angst og lavt humør. Sammenhængen mellem patienternes humør og varetagelsen af deres diabetes og/eller hjertesygdom blev undersøgt, og de blev introduceret til den standardiserede patientmanual og arbejdsbog (se henvisning 10. i bilag) med det formål at finde frem til patienternes vigtigste problemer og personlige målsætninger. De resterende sessioner varede mellem 30 og 40 minutter, hvor patienterne i samarbejde med den "psychological wellbeing practitioner"

³ "psychological therapy delivered by a case manager who were "psychological wellbeing practitioners" employed by Improving Access to Psychological Therapies services in the English NHS. These services offer evidence based psychological treatments for people aged over 16, with no upper age limit, in accordance with stepped care treatment models recommended by NICE. Eighteen psychological wellbeing practitioners were involved in delivery of the intervention" (p. 3).

valgte, hvilke adfærdsmæssige aktiviteter, graduering af eksponeringer, kognitiv omstrukturering og/eller livsstilsændringer de skulle engageres i. De "psychological wellbeing practitioners" monitorerede patientens fremskridt ved hver session.

For at sikre en bedre integreret behandling blev der afholdt et 10-minutters møde mellem patienten, "psychological wellbeing practitioner" og en sygeplejerske fra den alment praktiserende praksis efter anden og ottende session. Disse møder blev afholdt med udgangspunkt i en fast manual (se henvisning 10. i bilag), og fokus i møderne var at sikre, at den psykologiske behandling ikke udfordrede patientens behandling af den fysiske tilstand, gennemgang af patientens fremskridt ift. målsætninger, gennemgang af relevante fysiske og mentale sundhedsudfald samt planlægning af fremtidig behandling.

Den "psychological wellbeing practitioner" samarbejdede ligeledes med sygeplejersken og patienten ift. at undersøge om patienten passer sin antidepressive medicinering og ift. bekymringer angående bivirkninger, eller hvis der var behov for en medicinenngang med den alment praktiserende læge.

Involvering af sundhedspersonale

Interventionen havde afsæt i almen praksis, men blev leveret af en "psychological wellbeing practitioner", som blev tilknyttet almen praksis i fællesskab med en sygeplejerske fra samme praksis.

Patientinvolvering

Uddybes ikke nærmere.

Viden om effekt

Interventionen reducerede patienternes depressive symptomer efter fire måneder, men resultaterne var dog beskedne. Patienterne vurderede herudover også, at de opnåede en bedre egenomsorg, at deres behandling var mere patientcentreret og at de var mere tilfredse med behandlingen.

6 Bilag

1. Usherbrooke.ca Publications on multimorbidity

Følg henvisningen for at tilgå den canadiske database.

<https://www.usherbrooke.ca/crmcspl/en/international-research-community-on-multimorbidity/publications-multimorbidity/>

2. EQ-5D-5L Health Questionnaire

Følg henvisningen for brugermanual og yderligere information om EQ-5D-5L-spørgeskemaet.

https://www.unmc.edu/centric/_documents/EQ-5D-5L.pdf

3. PACIC The Patient Assessment of Chronic Illness Care

Følg henvisningen for information om hvordan PACIC spørgeskemaet anvendes og scores.

<http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Scoring&s=226>

4. EQ-5D-3L Health Questionnaire

Følg henvisningen for brugermanual og yderligere information om EQ-5D-3L-spørgeskemaet.

<https://euroqol.org/publications/user-guides/>

5. CARE Approach – A learning tool for healthcare professionals

Følg henvisningen for en uddybende introduktion og gennemgang af The CARE Approach.

https://www.gla.ac.uk/media/Media_213908_smxx.pdf

6. Eksempel på OPT-prioriteringsværktøj

I referencen vises et visuelt eksempel på OPT prioriteringsværktøjet.

van Summeren JJGT, Haaijer-Ruskamp FM, Schuling J. Eliciting Preferences of Multimorbid Elderly Adults in Family Practice Using an Outcome Prioritization Tool. Journal of the American Geriatrics Society. 2016;64(11):e143-e148

7. NO TEARS-tjeklisten

Følg henvisningen for adgang til NO TEARS-tjeklisten. Findes under additional files 3.

<https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-017-0129-8>

8. ePRO-portal og mobilapp

I referencen vises visuelle eksempler af ePRO-portalen samt mobilappen.

Gray CS, Gill A, Khan AI, Hans PK, Kuluski K, Cott C. The Electronic Patient Reported Outcome Tool: Testing Usability and Feasibility of a Mobile App and Portal to Support Care for Patients With Complex Chronic Disease and Disability in Primary Care Settings. JMIR mHealth and uHealth. 2016;4(2):e58

9. COINCIDE-workshop

I referencen findes en uddybende beskrivelse af COINCIDE-workshop.

Coventry PA, Lovell K, Dickens C, Bower P, Graham CC, Cherrington A, Garrett C, Gibbons CJ, Baguley C, Roughley K, Adeyemi I, Keyworth C, Waheed W, Hann M, Davies L, Jeeva F, Roberts C, Knowles S, Gask L. Collaborative Interventions for Circulation and Depression (COINCIDE): study protocol for a cluster randomized controlled trial of collaborative care for depression in people with diabetes and/or coronary heart disease. Trials. 2012;13:139

10. COINCIDE patientmanual, arbejdsbog og PWP-manual

Følg henvisningen for adgang til COINCIDE-materialet. Under supplementary materials findes henvisning i appendix 1 til patientmanualen, i appendix 2 til arbejdsbogen og i appendix 3 til PWP-manualen.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353275/>

