

Aarhus, d. 4.11.19

Til KEU-udvalget, Region Midtjylland

Nedenfor følger svar på spørgsmål til projektet fremsat på KEU-møde den 23 september.

Spørgsmål fra KEU

1. Vi forstår på de hidtil fremsendte svar at fase 1 og 2 er enten afsluttet eller påbegyndt, hvorved der vel må forventes snarligt at foreligge et udkast til det tiltænkt implementerede onlineværktøj. Vil det være muligt at se en demonstration af dette, altså, hvad er det konkret de deltagende læger skal foreslå deres patienter at påbegynde "egenbehandling" med?
2. **Fase 3/pilottest:**
Der ansøges om midler til kursusdeltagelse, 1 dagskursus for 20 læger samt 6 timer til inklusion. Hvorledes er sidstnævnte tænkt udmøntet?
Er det indenfor disse 6 timer/læge man skal tænke honorering for medgået tidsmerforbrug udover almindelig konsultation som må forventes påkrævet ved ibrugtagning af ethvert nyt tiltag/værktøj?
3. Vi mangler fortsat budgettering i projekt og ansøgning af medgået ekstra tidsforbrug til opfølgingskonsultation, idet vi ikke finder at overenskomsten rummer mulighed for den foreslåede enkeltstående samtale.
4. **Fase 4/RCT:**
Vi kan ikke se den praktiske implementering i en travl praksishverdag med konsekutiv screening af alle fremmødte patienter, omend udført af projektsygeplejerske. Hvorledes tænkes dette at skulle foregå i praksis (antal dage, logistik, lokale mm)?
Om end det forskningsmæssigt utvivlsomt er relevant at undersøge forekomsten, vil en sådan baseline-screening være så indgribende i praksis, at vi vil forvente det kan blive problematisk at rekruttere deltagerpraksis.

Ad 1: Vedr. status på projektet

Vi har netop afsluttet fase 1 i projektet, dvs. afdækning og beskrivelse af brugernes (praktiserende lægers og patienters) behov. Fase 2 blev påbegyndt sidst i september med en workshop med praktiserende læger, som skulle vurdere første udkast til indhold i programmet. De fik præsenteret wireframes, dvs. skriftlige udkast. Arbejdet med programmering, videoer, animationer osv. bliver først påbegyndt omkring årsskiftet. Vi kan demonstrere wireframes, men ikke et program på næste KEU-møde.

I projektet indgår desuden et systematisk review af, hvordan man bedst udmønter en række forslag i programmet, fx hvordan man skaber adfærdssændringer hos brugerne. Dette review er berammet til at blive afsluttet i januar 2020.

Vi er således, helt efter planen, stadig ved at udvikle programmet. Dette ventes klar til test sommeren 2020.

Ad 2: Vedr. fase 3/pilottest

Der ansøges om midler til tabt arbejdsfortjeneste. Tidsforbrug til et 1-dags-kursus giver sig selv. Mht. tidsforbrug i praksis i forbindelse med patientinklusion, har vi måttet lave et foreløbigt estimat. Det endelige tidsforbrug vil blive vurderet under pilottesten.

Baseret på tidligere, lignende projekter forventer vi at hver læge inkluderer patienter i 10 dage og ser ca. 20-25 patienter på en dag. Da vi kun inkluderer 18-65-årige og kun dem med forhøjet symptomscore, vil lægen skulle lave registrering på ca. 3-5 patienter per dag. I løbet af disse 10 inklusionsdage estimeres det, at man vil bruge ca. 3 timer på patientregistreringer. Hertil kommer en generel forstyrrelse af dagligdagen, hvorfor der kan blive behov for at reducere dagsskemaet eller forlænge arbejdsdagen en smule i løbet af de 2 uger. De 6 timers ekstra tidsforbrug hører udelukkende til i projektets evalueringsfase.

Vi forventer ikke, at der i en almindelig driftssituation vil skulle bruges ekstra tid på at introducere eASY-programmet. Man vil formentlig skulle introducere webpatient, hvorefter patienten får tilsendt et link, og programmet introducerer sig selv. Lægens 'henvielse' vil således svare til andre typer henvisninger.

Ad 3: Vedr. opfølgningskonsultationen

Der er ikke søgt penge hertil, fordi der kan peges på flere andre muligheder:

1. Opfølgning laves som alm. 0101 – og altså uden ekstra tidsforbrug. Det vil være mindre optimalt end en forlænget konsultation
2. En forlænget konsultation i form af samtaleydelse. Det forudsætter, at der laves 2 opfølgninger, hvilket vi i givet fald vil anbefale, selv om man i nogle tilfælde formentlig kunne have nøjedes med én.
3. Der indgås en lokalaftale, der kun kan bruges i relation til projektet, om, at man må afregne samtaleydelse x 1. En sådan aftale vil ikke betyde merudgift, idet patienten ses i almindelig dagtid, og ydelsen således blot erstatter flere 0101-ydelser den samme dag.

I øvrigt omfatter opfølgningen udelukkende patienter henvist til eASY, og kun de, der vælger at komme til den. Projektet løber i et afgrænset tidsrum, og vi vil efter pilotprojektet kunne beskrive, hvor mange opfølgningssamtaler, der reelt bliver tale om.

Ad 4: Vedr. fase 4/RCT

Mht. inklusion af patienter er vi afsøgende i forhold til muligheder. Hidtil har det ikke været muligt at pege på andre muligheder end konsekutiv screening af 18-65-årige i praksis i ca. 10 arbejdsdage. Det er ikke muligt at lave valide udtræk på ICPC-

diagnoser i alle journalsystemer, og vi har ingen mulighed for at tilgå denne type data uden at sidde i hver enkelt praksis, da der ikke findes nationale registreringer på symptomkoder. Deltagende læger vil naturligvis blive bedt om at vurdere screenede patienter, men vi ved fra anden forskning, at inklusion udelukkende via lægen resulterer i en skæv inklusion, fordi denne primært baserer sig på lægens personlige holdning. Det sidste er derfor ikke en forskningsmæssig mulighed.

Vi har tidligere gennemført store studier i Aarhus Amt og Vejle Amt med konsekutiv inklusion i praksis uden problemer. I disse studier hjalp personalet i praksis med at informere og screene. I dag ser venteværelset imidlertid anderledes ud, hvorfor vi har valgt at tilbyde praksis hjælp til denne proces. Vi gør dog opmærksomme på, at det naturligvis er helt op til praksis, om de vil modtage hjælp, eller om de vil foretrække selv at stå for patientinklusionen på samme måde som tidligere.

Vi mener, at en sygeplejerske + studentermedhjælpere kan screene patienter i venteværelset. En screening, der primært består i at besvare ca. 30 spørgsmål på Ipad. Samtidig gives information om projektet, så patienten kan takke nej eller give sit informerede samtykke i venteværelset frem for, at lægen skal indhente det i konsultationen.

Hvordan det helt konkret skal foregå, vil blive afprøvet i pilottesten. Der er desuden planer om at lave fokusgruppeinterviews med praktiserende læger om, hvordan patientinklusionen kan foregå, så det bliver mindst muligt indgribende for praksis.

Vi glæder os til at fortælle mere om projektet til jeres næste møde i KEU den 3. december i Regionshuset Viborg.

Med venlig hilsen

Marianne Rosendal

Projekt eASY
Aarhus Universitetshospital
Nørrebrogade 44, bygn. 4
8000 Aarhus C
Tlf. 7846 4310
www.mine-symptomer.dk