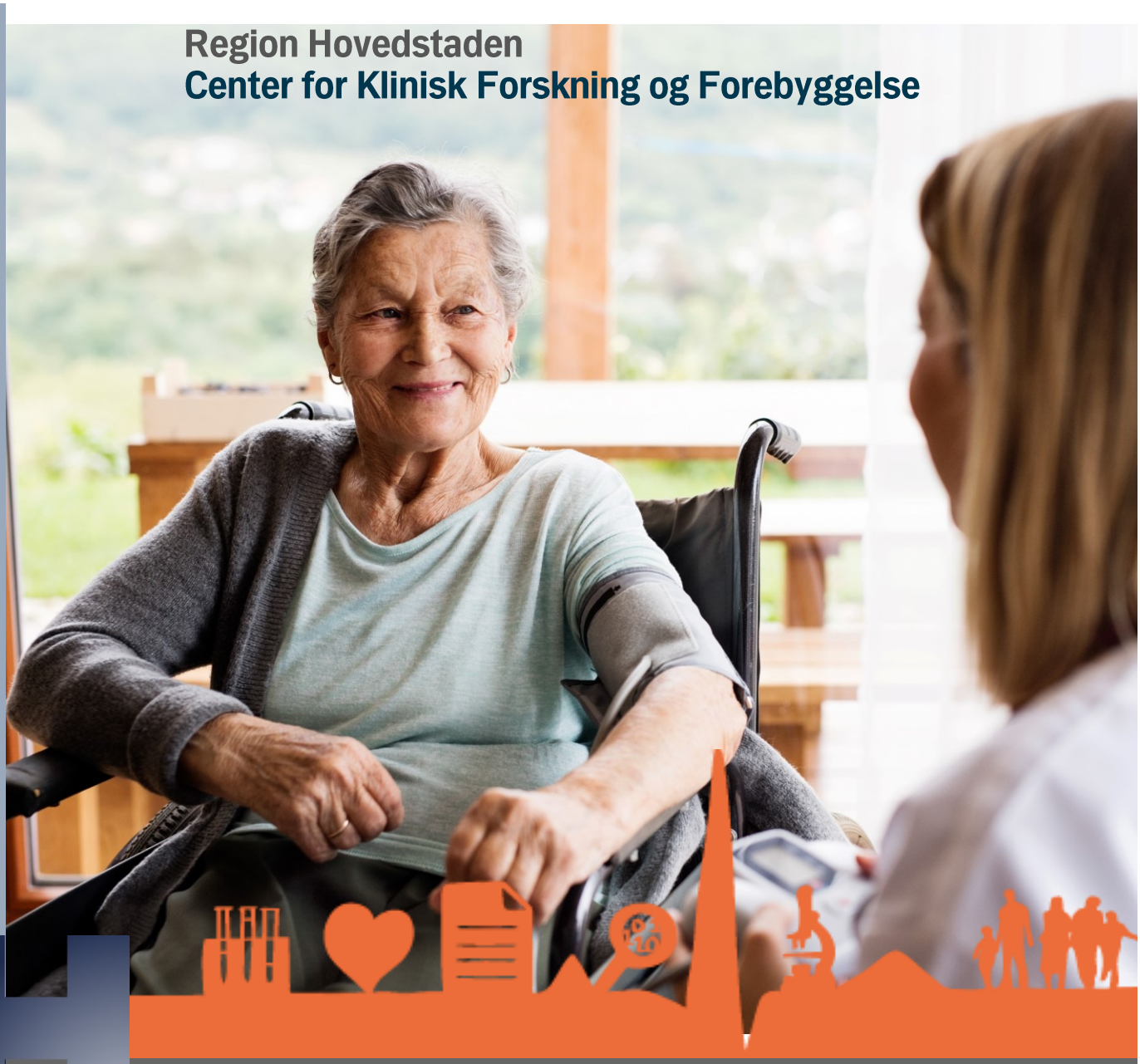
Region Hovedstaden
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse



Evaluering af Den Mobile Lægepraksis – Mobilklinik

Titel: Evaluering af Den Mobile Lægepraksis – Mobilklinik

Copyright: © 2023 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-93775-27-5

Forfattere: Udarbejdet for Region Hovedstaden af:
Nina Gøtzsche
Kirstine Skov Benthien
Michaela Louise Schiøtz

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Sektion for Tværsektoriel Forskning
Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Publikationen citeres således:

Gøtzsche N, Benthien KS, Schiøtz ML. Evaluering af Den Mobile Lægepraksis – Mobilklinik. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden 2023

Indhold

Sammenfatning 4
Indledning 7
Materialer og metoder 9
Kvalitative interviews 10
Afregningsdata fra almen praksis 10
Resultater 11
Resultater baseret på kvalitative interviews 11
Resultater baseret på afregningsdata fra almen praksis 19
Diskussion 36
Konklusion og perspektivering 42
Bilag 44

Sammenfatning

Baggrund og formål

Formålet med projektet har været at afsøge, om en mobilklinik i form af en el-bil med medicinsk klinikudstyr betjent af praksispersonale fra almen praksis kan frigive behandlingskapacitet i almen praksis, forbedre behandlingskvaliteten for sårbare patientgrupper samt have et skalerbart potentiale. Formålet med evalueringen er at undersøge, om projektet indfrier de forventede mål om kapacitet, kvalitet og skalerbarhed.

Materiale og metode

Semistrukturerede interviews med fem alment praktiserende læger og fem udkørende medarbejdere i projektpraksis ligger til grund for evalueringen af den oplevede behandlingskvalitet og ordningens potentiale for skalerbarhed. Semistrukturerede interviews med otte patienter, som har modtaget sygebesøg af Mobilklinikken, ligger til grund for evalueringen af patienternes oplevelse af ordningen. Data indsamlet fra de fire praksis, som har kørt Mobilklinik, og 33 kontrolpraksis i samme postnummer, ligger til grund for den kvantitative evaluering af behandlingsaktivitet.

Resultater

For to praksis (1 og 3) ses det, at de indledningsvist åbner for patienttilgang, men at antal tilmeldte patienter efterfølgende er faldende. Praksis 2 tager også indledningsvist patienter ind og opretholder efterfølgende antal tilmeldte patienter. For praksis 4 er der i løbet af projektperioden en løbende stigning i antal tilmeldte patienter. Der ses dermed ikke en entydig stigning i antal tilmeldte patienter pr. kapacitet i projektpraksis.
Projektpraksis har i projektperioden ca. samme antal patienter med praksiskontakt om måneden pr. kapacitet ift. før. Projektpraksis har flere sygebesøg pr. kapacitet i perioden og aktiviteten pr. patient er steget. Kontrolpraksis har også ca. samme antal patienter med praksiskontakt om måneden pr. kapacitet som før projektstart, dog er antal sygebesøg og aktivitet pr. patient uændret. I projektpraksis ses der en stigning i andelen af ældre på 75+ år blandt tilmeldte patienter. Da patienter på 75+ år i gennemsnit modtager flere ydelser end 0-74-årige patienter, kan det sandsynligvis forklare stigningen i aktivitet pr. patient, som sammen med et øget antal sygebesøg er med til at forklare den samlede aktivitetsstigning, der ses pr. kapacitet i projektpraksis.

Behandlingskvaliteten blev bl.a. undersøgt ved at sammenligne antal tillægsydelser pr. sygebesøg med antal tillægsydelser pr. fremmødekonsultation. To praksis giver flere tillægsydelser pr. sygebesøg i projektperioden ift.

før, hvilket kan skyldes elbilens omfattende klinikudstyr, som muliggør flere undersøgelser og behandlinger i hjemmet. Tre projektpraksis giver flere tillægsydelser pr. fremmødekonsultation i projektperioden ift. før, hvilket kan skyldes, at lægerne har fået et bedre overblik over patienternes problemstillinger, hvorved de kan håndtere flere problematikker pr. konsultation. Praksis har ifm. implementeringen af Mobilklinikken anlagt en ny systematik, som giver lægerne et bedre overblik over patienternes problematikker, og de oplever, at udsatte patienter bliver nemmere at prioritere. Patienterne føler sig trygge ved det udkørende personale og er glade for at undgå de udfordringer, de mødte, når de skulle møde fysisk op i praksis.

Administration fylder i opstarten af ordningen, når patienter til tilbuddet skal udvælges. Herefter får lægerne mere tid i kalenderen pga. bedre struktur og færre akutte sygebesøg. En forudsætning for en velfungerende ordning på tværs af praksis er god kommunikation. Flere sygebesøg og færre aflyste konsultationer i klinikken gør, at tre praksis oplever at kunne optimere deres praksisdrift i forbindelse med Mobilklinikken.

Diskussion og konklusion

Mobilklinikken øger ikke entydigt behandlingskapaciteten i form af et stigende antal tilmeldte patienter pr. kapacitet ift. før, ligesom den ikke øger antallet af patienter med praksiskontakt pr. måned pr. kapacitet. Det tyder dog på, at Mobilklinikken frigiver tid til øget aktivitet pr. kapacitet i praksis.

Behandlingskvaliteten øges i to praksis i form af flere tillægsydelser pr. sygebesøg og i tre praksis i form af flere tillægsydelser pr. fremmødekonsultation ift. før projektstart. Den nye systematik i praksis giver lægerne et bedre overblik over deres patienter, og de kan være mere opsøgende overfor udsatte patienter samt være mere opmærksomme på patienternes problematikker. En mere systematisk tilgang har ifølge de sundhedsprofessionelle forbedret behandlingen i praksis, og tilbuddet om sygebesøg har øget behandlingskvaliteten til udsatte ældre patienter. Patienterne er glade for behandlingen i hjemmet og for at kunne undgå uoverskuelig transport til lægen. Fysiske møder med lægen kan dog blive færre, grundet telefoniske prøvesvar, hvilket for enkelte patienter kan føles som et afsavn.

For at en Mobilklinik skal have en positiv betydning for praksisdriften, bør der være fast personaledækning og adgang til bilen flere en én dag om ugen. Trods forskelle på tværs af praksis oplever alle, at Mobilklinikken har frigivet tid i kalenderen, resulteret i mindre overarbejde og øget trivslen. Der synes således ikke at være nogle praksisformer, for hvem en Mobilklinik vil

være mindre fordelagtig. Mobilklinikken vurderes på den baggrund at have skalerbart potentiale. Særligt vil det være relevant for praksis med en høj andel 75+ årige, da denne patientgruppe oftere har komplekse problemstillinger, der forhindrer dem i at møde op i klinikken.

Indledning

Den demografiske udvikling med flere ældre borgere betyder, at der kommer flere ældre med kroniske sygdomme (1). Borgerne lever længere med deres sygdomme, og en stigende andel lever med multisygdom (flere kroniske sygdomme) (2). Befolkningsudviklingen medfører et øget behov for sundhedsydelser, hvilket udfordrer kapaciteten i almen praksis samtidig med, at flere af borgerne har svært ved at møde fysisk op hos lægen. Det lægger et pres på de praktiserende læger, og der er behov for at udvikle behandlingskapaciteten i almen praksis (1). Samtidig er der sket ændringer i sundhedsvæsenet, hvor færre og mere specialiserede sygehuse med færre sengepladser medfører, at patienterne er på hospitalet kortvarigt, hvorefter pleje og behandling i stigende grad skal ske i det nære sundhedsvæsen – oftest hos egen læge, som har behandlingsansvaret efter udskrivelse (2). Et stigende antal borgere står uden praktiserende læge, fordi mange praksis har lukket for tilgang af nye patienter, og derfor er der behov for at tænke i nye former for organisering af arbejdet i lægepraksis, hvis der skal sikres let og lige adgang til læge, særligt i lægedækningstruede områder (1).

I overenskomstmæssig sammenhæng handler lægedækning om sikringen af, at der er læger nok i regionen til, at alle regionens gruppe 1 sikrede borgere kan tilmeldes en almen praktiserende læge inden for 5 eller 15 km alt efter geografisk placering. I 2022 defineres ti områder, herunder Amager, som lægedækningstruede i henhold til Region Hovedstadens praksisplan for almen praksis (3).

På baggrund af en godkendelse fra Udvalget for Forebyggelse og Sammenhæng (nu; Udvalget for Det Nære og Sammenhængende Sundhedsvæsen) har der fra september 2020 til og med august 2022 været en forsøgsordning med en mobil lægepraksis kaldet ’Mobil-klinik’ i fire praksis på Amager. Formålet med projektet har været at afsøge, hvorvidt en mobilklinik, som drives inden for overenskomstens rammer, kan frigive behandlingskapacitet i almen praksis i lægedækningstruede områder samt forbedre behandlingskvaliteten for sårbare patientgrupper. Herudover har ønsket været at få afdækket, om Mobilklinikken kan blive et koncept med skalerbart potentiale, minimal administration og selvbærende økonomi, der nemt kan implementeres i andre lægedækningstruede områder i regionen.

Elbilen, som er stillet til rådighed af Region Hovedstaden, køres af praksispersonale fx medicinstuderende, som udfører rutinemæssige sygebesøg

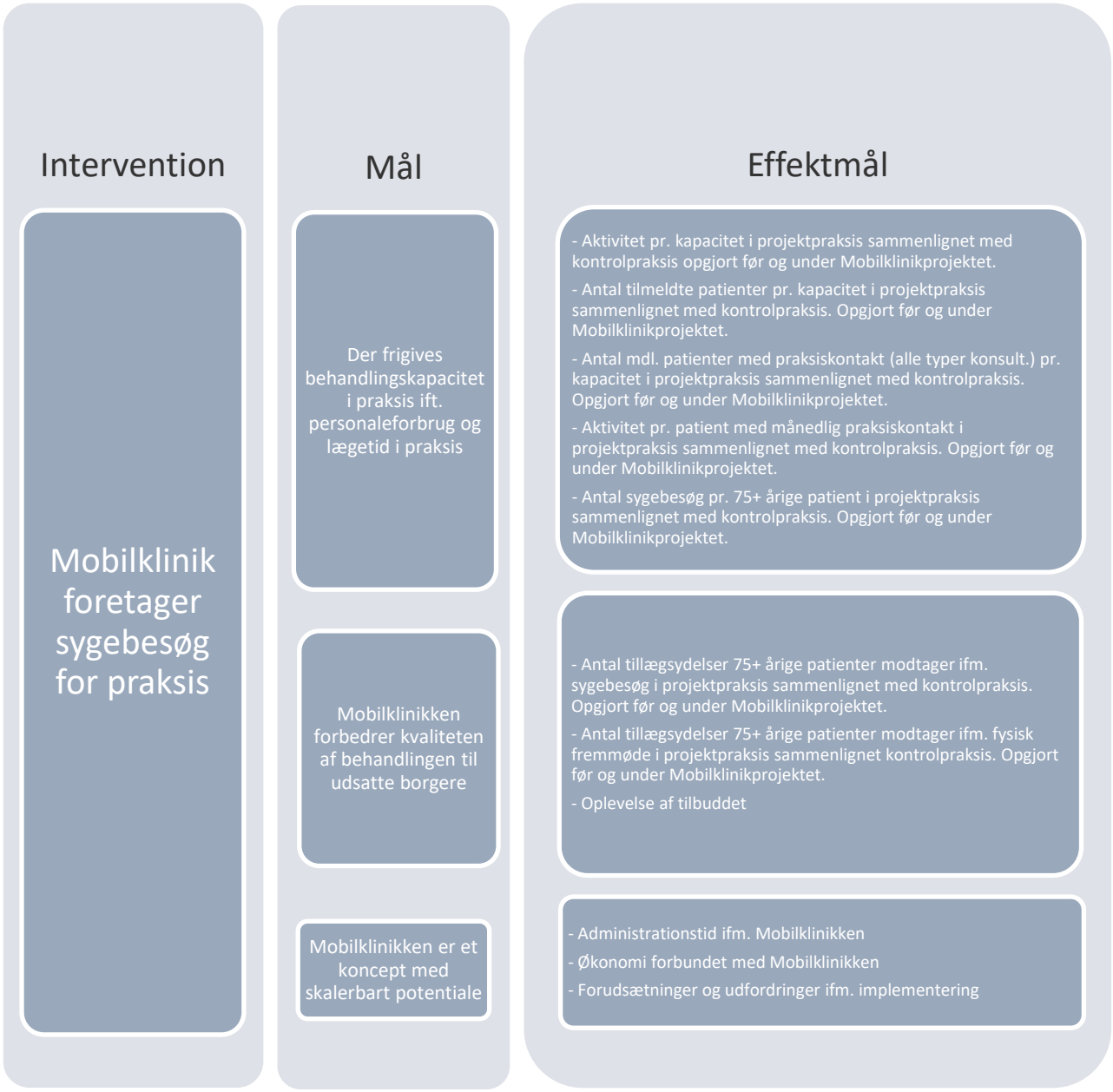
hos ældre borgere, der ikke selv kan komme i klinikken. Elbilen har udvalgt medicinsk klinikudstyr til rådighed for de fire praksis, når der køres sygebesøg. Bilen er blevet fordelt således, at én praksis har haft bilen to dage om ugen, mens de andre tre praksis har haft bilen én dag om ugen. De ydelser, der leveres til borgerne, har ligget inden for den gældende overenskomst for almen praksis.

Med udgangspunkt i ovenstående projektformål, har Region Hovedstaden ønsket en evaluering af projektet. Evalueringen er udført af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF) med sparring fra Center for Sundhed (CSU).

Materialer og metoder

I figur 1 illustreres de områder, som evalueringen belyser. Evalueringen baseres på både kvalitative data fra interviews med læger og udkørende praksispersonale samt patienter. Derudover indgår kvantitative data fra almen praksis.

Figur 1. Model for evaluering af Mobilklinikken



Kvalitative interviews

For at belyse de deltagende praksis' og borgernes oplevelse af Mobilklinikken var det ønsket at gennemføre interviews med læger og udkørende praksispersonale samt patienter, der har modtaget besøg af Mobilklinikken. Der blev udarbejdet tre semistrukturerede interviewguides; én til læger, én til udkørende personale og én til patienter (bilag 1). Interviewguiden til læger og udkørende personale lignede hinanden og fokuserede på, hvorvidt en mobilklinik, som drives inden for overenskomstens rammer, kan forbedre kvaliteten af behandling til sårbare ældre patienter. Det blev bl.a. belyst ved at spørge de sundhedsprofessionelle, om de havde en oplevelse af, at de ældre sårbare patienter, som ikke kan komme i praksis, bliver fulgt tættere og får bedre behandling, når Mobilklinikken kører sammenlignet med før ordningen. De blev yderligere spurgt til, om et besøg af Mobilklinikken kan erstatte et besøg i praksis, eller om patienten vil mangle information i mødet med det udkørende personale frem for egen læge. Derudover var formålet at undersøge, om konceptet har skalerbart potentiale, hvilket blev belyst gennem spørgsmål om administrationsbyrde, oplevet økonomi efter implementering af Mobilklinikken samt forudsætninger for og udfordringer ved ordningen. Fokus i interviewene med borgerne var ligeledes på deres oplevelse af kvalitet af behandlingen. Det blev belyst ved spørgsmål om fordele og ulemper ved besøg af Mobilklinikken, om deres oplevelse af tryghed og tillid til personalet, der kom hjem til dem, samt om hvordan de klarede lægebesøg før Mobilklinikordningen. Endeligt blev der spurgt, om patienten syntes, at Mobilklinikken burde være en fast del af almen praksis.

Der blev gennemført 18 semistrukturerede interviews. I alt deltog fem læger, fem personer ansat som udkørende personale og otte patienter i interviewene. Det udkørende personale var alle medicinstuderende. Interviewene med læger og udkørende personale blev foretaget i den pågældende praksis, og interviews med patienter fandt alle sted i deres hjem bortset fra ét, som var telefonisk. Ved enkelte patientinterviews var patientens pårørende til stede. Interviewene blev optaget på diktafon og varede mellem 20 og 30 minutter. Efterfølgende blev interviewene transskriberet, meningskodet, tematiseret og meningskondenseret med brug af det kvalitative analyseprogram NVivo.

Afregningsdata fra almen praksis

De kvantitative resultater baserer sig på lægernes indsendte afregning af ydelser til Region Hovedstaden. Afregningsdata lagres hos regionens datavarehus, LUNA. Der er indsamlet afregningsdata fra de fire praksis, som har deltaget i projektet samt fra 33 kontrolpraksis beliggende inden for samme postnummer som de deltagende praksis. Afregningsdata for kontrolpraksis præsenteres som et gennemsnit af de 33 praksis. Alle praksis ligger i samme postnummer for at sikre, at der ikke er store forskelle i borgernes økonomiske og netværksmæssige ressourcer, beboersammensætning med

videre, så patientgrupperne kan sammenlignes. Det var ønsket at tage udgangspunkt i patienter, som var 75 år og derover, og som havde fem eller flere lægemidler ordineret og/eller patienter, som fik ordineret demensmedicin. Det var ikke muligt at bruge data om patienternes brug af medicin via receptafregning i afgrænsningen af patientgruppen, og derfor er patientgruppen alene afgrænset til at være patienter på 75 år og derover.

Data, der blev trukket fra praksis, var:

- aktivitet (antal grundydelser + tillægsydelser) pr. kapacitet i praksis om måneden
- antal tilmeldte patienter pr. kapacitet i praksis (alle aldersgrupper)
- antal patienter med praksiskontakt om måneden pr. kapacitet (alle aldersgrupper)
- aktivitet (antal grundydelser + tillægsydelser) pr. patient med praksiskontakt om måneden
- antal sygebesøg hos 75+ årige patienter
- antal tillægsydelser, som 75+ årige patienter modtager pr. sygebesøg og fysisk fremmøde i praksis.

Resultater

I dette afsnit præsenteres indledningsvis de sundhedsprofessionelles (læger og udkørende personale) og patienternes oplevelse af behandlingskvaliteten i forbindelse med Mobilklinikken samt deres perspektiver på, om ordningen har et skalerbart potentiale. Herefter fremhæves den nuværende status blandt projektpraksis, hvor Mobilklinikordningen er afsluttet og de sundhedsprofessionelles fremtidsønsker. Efterfølgende præsenteres opgørelserne over afregningsdata. Her sammenlignes afregningsdata fra tiden før og under Mobilklinikordningen samt op imod kontrolpraksis. Resultater fra afregningsdata forklares løbende med informationer fra interviewene.

Resultater baseret på kvalitative interviews

Forudsætninger og administration ifm. implementering

Mobilklinikordningen er organiseret sådan, at projektpraksis 1 og 2, som er en samarbejdspraksis, har haft bilen tirsdag og onsdag, hvor de har kunnet benytte bilen begge dage. Projektpraksis 3, en solopraksis, har haft bilen fredag, og projektpraksis 4, en kompagniskabspraksis, har haft bilen mandag og torsdag.

I forbindelse med implementeringen af Mobilklinikordningen har projektpraksis ansat medicinstuderende, som har haft sekretær-, kliniksygepleje- og udkørende funktioner. Læger og medicinstuderende har i opstarten af projektet haft en del administrativt arbejde, hvor de har gennemgået alle 75+

årige patienters journaler for at udvælge kandidater til ordningen. Projektpraksis har blandt andet vurderet patientens behov for sygebesøg ud fra, om patienten er set fysisk i klinikken inden for en given periode, eller om patienten har haft aftaler, som vedkommende ikke er mødt op til. Derudover fortæller de sundhedsprofessionelle, at der også kommer kandidater ad hoc, fx når lægen modtager en epikrise fra hospitalet, hvor det er tydeligt, at patientens tilstand forhindrer vedkommende i at møde fysisk op i klinikken. Når der er kandidater til tilbuddet, ringer de medicinstuderende til borgerne og hører, om de er interesserede i at modtage besøg. Hvis borgeren ønsker besøg, indgår det i planlægningen af mobilklinikkens besøg.
I de større deltagende praksis, som har haft flere studerende ansat som udkørende personale har der været en koordinator blandt de studerende, som har lavet vagtplan for den enkelte praksis' anvendelse af Mobilklinikken. Det administrative arbejde for det udkørende personale har indbefattet journalgennemgang før hjemmebesøgene, noteskrivning undervejs på ruten og efterfølgende journaldokumentation i klinikken. Det udkørende personale vurderer, at tiden brugt ifm. administration og dokumentation er nogenlunde den samme, som når de ser patienter i klinikken ifm. deres kliniksygeplejefunktion.

Mobilklinikken giver mulighed for, at det udkørende personale kan varetage en række undersøgelser i hjemmet, som lægen efterfølgende drøfter med patienten. Lægens overlevering af resultater på årskontroller foregår som regel ved, at lægen kører ud til patienten, hvor andre undersøgelsesopfølgninger som regel bliver telefoniske. Før Mobilklinikken kom til, varetog lægen både undersøgelser og overlevering af resultater, hvilket betyder, at lægen sparer undersøgelsestiden med brug af Mobilklinikken, fordi det udkørende personale nu varetager undersøgelserne. De praktiserende læger fortæller, at før Mobilklinikken havde de svært ved at have en opsøgende funktion over for de sårbare ældre patienter. Konsekvensen har ifølge lægerne været, at patienter, som ikke har haft kontakt til lægen længe, trods et eventuelt behandlingsbehov, blev nedprioriteret. Den indledende journalgennemgang, udvælgelsesproces og systemoprettelse i praksis ifm. opstarten af Mobilklinikken har blandt andet givet lægerne et bedre overblik over, hvilke patienter, der er tilknyttet klinikken, og hvilke sårbare ældre patienter, der ikke er blevet set i lang tid. Et par projektpraksis har ifm. ordningen oprettet et diagnosekort for patienter, der får sygebesøg af Mobilklinikken. Kortet giver lægerne mulighed for at planlægge patienternes kontrolbesøg på forhånd, baseret på patientens specifikke diagnose, behov og ønsker. For eksempel vil patienter med demens, apopleksi, atrieflimren og stofskiftesygdomme få kontrolbesøg og udvalgte undersøgelser to gange årligt.

Udfordringer i forbindelse med fordelingen af elbilen mellem praksis

Af udfordringer relateret til Mobilklinikordningen nævnes kommunikation med de øvrige projektpraksis omkring elbilen samt drift af elbilen. For eksempel har det været en udfordring, når der ikke er tydeligt kommunikeret til de øvrige praksis om, hvor bilen er blevet parkeret dagen før, hvis der er sket punktering, eller hvis bilen er kommet på værksted. Flere af de medicinstuderende har derudover oplevet, at der har manglet noget af det faste klinikudstyr i bilen, når de har været på sygebesøg, fordi deres forgænger er kommet til at tage det med op i egen klinik.

De driftsorienterede udfordringer er bl.a. ladning, rengøring og service af elbilen. Alle udfordringer, som projektpraksis har oplevet, er blevet adresseret løbende på en fælles Facebookside, som er oprettet til projektperioden, så de fire projektpraksis har kunnet kommunikere, dele oplevelser og erfaringer og lære deraf.

Ordningen aflaster praksis

Arbejdsgangen i almen praksis er almindeligvis tilrettelagt sådan, at den praktiserende læge ser patienter i klinikken fra formiddag til eftermiddag. Nogle læger har derudover en planlagt dag i ugen, hvor de enten kører til plejehjem og tilser borgere eller har hjemmearbejde. En gang imellem er der opfølgende hjemmebesøg hos borgerne efter hospitalsudskrivelse eller borgere, som ringer med et akut behov for sygebesøg og ikke har mulighed for at møde fysisk op i klinikken. De interviewede læger fortæller, at de akutte hjemmebesøg, før Mobilklinikken kom til, har været en betydelig stressfaktor i deres hverdag, fordi det har betydet, at konsultationer måtte aflyses i klinikken, og at lægerne i den forbindelse har haft en del uforudsigeligt overarbejde. Lægerne udtrykker, at de efter ordningens opstart har haft mindre overarbejde, færre akutte sygebesøg, bedre systematik i hverdagen og bedre trivsel. De har et bedre overblik over de mest sårbare ældre patienter, og de kan yde en bedre service over for dem i forbindelse med Mobilklinikken, fordi sygebesøgene planlægges rutinemæssigt, så patienterne følges tættere.

> **Læge 1:** ”…Jamen jeg har for det første fået meget mere luft til dels at kunne være mere forberedt, når jeg kommer ud til mine opfølgende besøg og kunne reagere mere hurtigt på ting, der dukker op hos mine patienter, som ikke kan komme her i klinikken. Så jeg kan yde en bedre service for dem. Og jeg kan sende klinikken ud i mange tilfælde, sådan så det ikke er mig, der skal finde huller i programmet, hvor jeg skal afsted. (…) Så sådan akutte sygebesøgstider har jeg ikke meget af længere. Og jeg skal ikke lave alverdens ting, når jeg kommer ud på et sygebesøg, fordi det er ligesom lavet på forhånd.”

> **Læge 3:** ”…Vi har meget færre akutte besøg, fordi vi kører det bare ind i en skabelon i en fil, hvor; nu skal du høre, det kan sagtens vente til på torsdag, der kommer X eller Y eller en af de andre gode studerende hjem og får sig et overblik – og så følger vi op ugen efter. Og det betyder jo bare, at man har mere tid til de andre patienter. At man ikke lige skal aflyse seks patienter, fordi man skal nå ud, eller fordi man skal gøre det efter normal arbejdstid og alt det der, der tit sker.”

> **Læge 4:** ”… Ja, før i tiden var der jo mange af dem, der ikke henvendte sig – altså dem fik vi ikke nødvendigvis fat i, eller dem så vi ikke. Fordi de var svære at komme ud til, så gik der lang tid mellem kontrollerne. (…) Så de blev jo selvfølgelig sådan lidt – jeg vil ikke sige nedprioriteret, men svære at prioritere, vil jeg sige i vores dagligdag. Så vi så dem sjældnere. Hvor nu kan vi ret hurtigt få en afklaring af en problemstilling, hvor vi sender Mobilklinikken ud – hvis de fx har infektionssymptomer eller andet, så kan vi sende dem ud og få et overblik ret hurtigt.”

Opleves som et bedre tilbud for de sårbare patienter

En medicinstuderende fortæller, hvordan Mobilklinikordningen har været gavnlig ift. at nå de mest socialt udsatte patienter. Flere patienter har måske haft behov for at se lægen før ordningen, men har ikke altid fået taget kontakten, fordi de ikke har haft overskud eller ressourcer til at møde op i klinikken. Og hvis der er blevet lavet en aftale, og de ikke er mødt op, så har det derudover resulteret i en ledig konsultationstid, som kunne være gået til en anden patient.

Alternativet til at sende Mobilklinikken ud til en borger, der ikke kan komme i klinikken, er, at lægen kan rekvirere blodprøve og EKG service fra regionens Mobillab. En læge udtrykker imidlertid, at Mobilklinikken kan lave de samme og flere typer patientundersøgelser, da elbilen indeholder omfattende klinikudstyr. Læger og praksispersonale oplever også, at Mobilklinikken fungerer som lægens forlængede arm, hvor det udkørende personale kan være observant på andet end blot prøvesvar, hvilket er Mobillabs primære funktion. Det vil sige, at det udkørende personale kan stille spørgsmål, som lægen har bedt om svar på og kan observere og dokumentere andre ting, som vedkommende har fundet relevant for lægen at få indsigt i. En læge fortæller:

> **Læge 4:** ”…Vi har faktisk kunnet få blodprøveresultater ret hurtigt, så vi kan behandle dem. Hvorimod hvis vi skulle rekvirere sådan noget som Mobillab – fordi der er nogle borgere, som ikke kan komme op til os – så ville det tage mange, mange ugers ventetid. Hvor, her har vi kunnet få laboratorieresultater

> inden for en uge nogle gange. Og nogle gange inden for få dage, hvor de tager derud om mandagen og tager blodprøven, og så kommer de på stuegangen torsdag. Det fungerer fantastisk altså, virkelig."

Patienterne giver udtryk for stor begejstring for Mobilklinikordningen. De føler sig privilegerede over at kunne få hjemmebesøg og giver udtryk for, at de føler sig helt trygge ved det udkørende personale. Når de bliver spurgt til, hvordan det er at få en 'hjemmekonsultation' sammenlignet med at være til konsultation i klinikken, oplever de en forandring til det bedre. De har en oplevelse af, at behandling, undersøgelser, vacciner og kontroller, som det udkørende personale kommer ud og laver, er de samme, som de fik lavet i klinikken, før Mobilklinikken var en mulighed. Nu bliver det blot ordnet derhjemme. Et par patienters ægtefæller har endvidere fået mulighed for at få en vaccination i samme ombæring, som Mobilklinikken kom på besøg, hvilket de følte sig privilegerede over.

Flere af de interviewede patienter fortæller, at de har svært ved at se, hvad de skulle gøre uden muligheden for regelmæssige sygebesøg fra praksis. Når ordningen ikke er der, kan det betyde, at deres pårørende eller en eventuel ægtefælle, som måske også selv har helbredsudfordringer, skal køre dem til lægen, hvilket for nogle borgere bliver uoverskueligt. Det kan også være, at de skal have Flextrafik eller Falck til at hente dem, hvilket kan opleves som en stressfaktor. Borgerne, der har fået besøg af Mobilklinikken, oplever generelt, at der er angst og nervøsitet forbundet med at skulle møde fysisk op hos lægen pga. transport, trapper, lave stole i venteværelset og andre ting, som for andre måske kan virke som småting, men som for de sårbare ældre borgere kan betyde, at de ikke kommer afsted til lægen.

> **Patient 2:** "…Fordi hvis man skal afsted til lægen, så skal man først – ja, gøre sig i stand, og man skal bestille Flex [Flextrafik kørsel], for jeg kan ikke selv komme derop, og man skal op til lægen, og ej men altså [sukker], så går der en time eller to, og så sidder man og bliver så nervøs. Her i hjemmet er man afslappet – og ja, det er fint, at de kommer hjem. Jeg er så glad for det."

> **Hustru til patient 6:** "…Men hvad skulle vi have gjort uden, altså.. Ja, så kunne vi måske have fået Falck til at køre ham ind til lægen, men altså. Det ville jo også være besværligt. Og jeg skulle med selvfølgelig, fordi det er jeg nødt til. Og det er ikke altid jeg kan komme op i de der Falckbiler, der kommer, fordi de er så høje. For jeg er også en lille gammel dame, der ikke går så godt. Så derfor så.. det er lidt kompliceret."

En borger, som normalt ikke er mødt op til aftaler hos lægen, fortæller hvordan Mobilkliniktilbuddet har medvirket til, at han har fået lavet de nødvendige rutinemæssige kontroller, og at han er glad for det:

> **Patient 8:** ”…Det der med – der er mange, der siger, at mænd ikke går til lægen ik – og i det tilfælde her, har det været meget rart, at man kunne ringe op til sekretæren og sige; okay, vi aftaler, at han kommer forbi mig sidst på måneden, og så lige laver et lille sundhedstjek på mig. Det var virkelig skønt.”

Flere af lægerne og praksispersonalet nævner i interviewene, at de tror, at sygebesøgene med Mobilklinikken har været med til at forebygge indlæggelser blandt nogle af de sårbare borgere, som måske ikke ville være blive tilset af almen praksis uden Mobilklinikken. Hvorvidt sygebesøgene har potentiale til at forebygge indlæggelser er ikke undersøgt i nærværende evaluering, og en besvarelse på dette spørgsmål vil kræve en mere omfattende evaluering af ordningen med flere deltagende praksisser samt indhentning af data fra registre.

Kompetenceudvikling for de medicinstuderende

Det udkørende personale, som alle er medicinstuderende, oplever også flere fordele ved ordningen. Hjemmebesøg hos borgere er god erfaring for en medicinstuderende at få, og de oplever også, at det er et godt studiejob, fordi de internt kan koordinere vagterne, så det passer med studiet. Et par studerende fremhæver, at hjemmebesøget giver en oplevelse af større selvstændighed, fordi de her skal lave deres egne observationer og hypoteser, før det skal konfereres med lægen i klinikken. Derudover giver et hjemmebesøg et godt indblik i den enkelte borgers livssituation, og de studerende giver udtryk for i mindre grad at komme til at putte patienterne i ’kasser’ sammenlignet med, når de møder dem i klinikken:

> **Medicinstuderende 5** ”…Altså før der var jeg bare meget her [i klinikken] og ligesom hjalp lidt til sådan.. Men altså nu, så har jeg ligesom været ude ved folk mere selvstændigt – og også fået mere ansvar på den måde og sådan..”

> **Medicinstuderende 3** ”…Man kommer ud og ser en masse forskellige huse og ser, hvordan patienterne bor og får en masse indtryk på den måde. Sådan normalt er man ret vant til at sætte folk i kasser, og det kan man egentlig ikke, når man sådan kommer ind i deres eget hjem og ser, ”nå okay, det er de her vilkår du lever i, eller du har det sådan og sådan, eller..” Så det giver et helt andet billede af patienten.”

Begrænsning ved Mobilklinikken

En borger udtrykker, at hun kan savne den fortrolige samtale med lægen, som bliver sjældnere, når man ikke møder fysisk op i klinikken. Det understøttes af det udkørende personale som fortæller, at det kan være svært at finde tid i lægens kalender til en fysisk opfølgning efter et Mobilklinikbesøg, hvilket fremmødte patienter ville få i praksis. Dermed bliver det fysiske møde ved opfølgningssamtaler med lægen i flere tilfælde erstattet af et telefon- eller videoopkald. Borgeren fortæller om tabet af sin ægtefælle inden for de seneste to år, hvilket er en stor sorg for hende. Hun giver udtryk for, at hun nogle gange savner at kunne tale fortroligt med sin læge og ikke føler, at Mobilklinikken kan erstatte denne samtale.

Økonomi forbundet med Mobilklinikken

Tre ud af fire projektpraksis har en oplevelse af, at Mobilklinikken har været økonomisk fordelagtig for praksis. Det skyldes blandt andet, at patienter, som normalt ikke har meget kontakt til egen læge, eller som bliver væk fra aftaler, har fået rutinemæssige undersøgelser ifm. Mobilklinikken. Lægerne har en oplevelse af, at dette resulterer i flere ydelser for praksis. Lægerne har samtidig mulighed for at se patienter i klinikken sideløbende med, at det udkørende personale kører ud til de sårbare ældre patienter. Læger og praksispersonale har yderligere en oplevelse af, at færre akutte hjemmebesøg betyder, at lægen sjældent skal aflyse patienter. De sundhedsprofessionelle hos tre ud af fire praksis vurderer altså, at selvom der skal betales løn til det udkørende personale samt drift og vedligehold af bilen, når regionen ikke dækker udgifter ved ordningen længere, så vil der fortsat være en økonomisk gevinst med Mobilklinikken. Den fjerde projektpraksis, som har bilen én dag om ugen, har én medicinstuderende ansat til at varetage Mobilklinikvagterne, og som ikke har haft en systematisk gennemgang af deres ældre patientpopulation, oplever ikke en forskel i praksis' økonomi sammenlignet med før ordningen.

Mobilklinikken fremadrettet

Til slut i interviewene blev de sundhedsprofessionelle spurgt, om de mente, at man burde gøre Mobilklinikken til en fast del af almen praksis, og borgerne blev spurgt, om de ville foretrække at Mobilklinikken fortsatte med at besøge dem derhjemme. Der var entydigt positive tilbagemeldinger på spørgsmålet, og alle gav udtryk for, at ordningen fungerede godt. En læge gav bl.a. udtryk for, at hun har svært ved at forestille sig, at man kan klare sig uden i fremtiden, når man tager den demografiske udvikling i betragtning:

> **Læge 1 "**…Altså jeg mener faktisk at jeg har svært ved at se, hvordan en klinik i fremtiden, altså inden for de næste par år, med den demografi vi kigger ind i, kan få tingene til at køre

rundt, medmindre de har en udgående funktion. Altså det forstår jeg simpelthen ikke.. Hvordan andre gør – hvis det er lægen selv, der skal gøre alt det der i privat kørsel og sådan noget. Det ved jeg ikke, hvordan de gør…"

Status efter ordningens afslutning

Mobilklinikordningen sluttede som regionsstøttet projekt i august 2022. Det betyder, at praksis ikke længere har adgang til elbilen. Efterfølgende har de to praksis, som har samarbejdspraksis, leaset en bil for at fortsætte med ordningen. En tredje praksis har anskaffet sig en el-cykel som foreløbig løsning – det betyder imidlertid, at patienter, der bor længere væk fra klinikken, ikke længere kan modtage Mobilklinik-tilbuddet – og at undersøgelserne, der kan laves i hjemmet, ikke er lige så mange, da cyklen ikke kan fragte det samme klinikudstyr som bilen. Denne praksis overvejer at anskaffe sig en bil. Den fjerde praksis har ikke længere mulighed for at tilbyde sine patienter Mobilklinik tilbuddet, hvilket de er ærgerlige over. De overvejer, om de skal slå deres praksis sammen med en eller flere andre praksis, som så vil kunne deles om en bil.

Opsummering på resultater baseret på kvalitative interviews

I forhold til behandlingskvaliteten føler patienterne sig trygge ved det udkørende personale, og de oplever, at Mobilklinikken har været en forandring til det bedre ift. de udfordringer, de mødte, når de skulle møde fysisk op i praksis. Systematikken, praksis har anlagt i forbindelse med ordningen, har givet lægerne et bedre overblik over patienternes problematikker, og de oplever, at færre patienter bliver glemt i en travl hverdag. Fysiske samtaler med lægen kan imidlertid blive færre, hvilket patienterne kan savne, fordi overlevering af prøvesvar ofte foregår telefonisk.

I forhold til om ordningen har skalerbart potentiale, så opleves administrationen at fylde mest i opstarten af ordningen, hvor der skal skabes et system for, hvilke patienter, der skal modtage tilbuddet. Herefter får lægerne mere tid i kalenderen som følge af bedre struktur og færre akutte sygebesøg. Det omfattende klinikudstyr i bilen giver Mobilklinikken mulighed for at lave flere undersøgelser i hjemmet end tidligere, og få lavet prøverne hurtigere, end når de rekvireres gennem Mobillab. En forudsætning for en velfungerende ordning, når den fordeles mellem flere praksis er, at der skal være klare retningslinjer og god kommunikation på tværs, da mangel på dette kan blive et benspænd for den næste, der skal køre ud med Mobilklinikken.

Tre ud af fire praksis oplever, at Mobilklinikken er en økonomisk gevinst for praksis. Også når ordningen ikke støttes af regionen, og selvom der skal betales løn til det udkørende personale. Det skyldes blandt andet færre

akutte sygebesøg, som tidligere har ført til aflyste konsultationer. Ved at udføre flere rutinemæssige sygebesøg og minimere antallet af aflyste konsultationer i klinikken kan praksis optimere deres praksisdrift.

Resultater baseret på afregningsdata fra almen praksis

Introduktion til projektpraksis

De fire praksis, der deltog i projektet, har forskellige praksisformer, og én praksis har flere kapaciteter end de øvrige tre. Én kapacitet svarende til én fuldtidslægestilling har i Region Hovedstaden tilknyttet 1.715 patienter i gennemsnit (baseret på tal fra august 2022). I flere af graferne bliver afregningsdata præsenteret pr. kapacitet for at gøre tallene sammenlignelige. To praksis påbegyndte Mobilklinik præprojekt i maj 2018, før de øvrige to praksis opstartede ordningen i september 2020, da den blev støttet af Region Hovedstaden. Omfanget af klinikudstyr i elbilen er øget for alle fire praksis i forbindelse med opstarten af det regionsstøttede projekt i 2020.

Tabel 1 Oversigt over projektpraksis

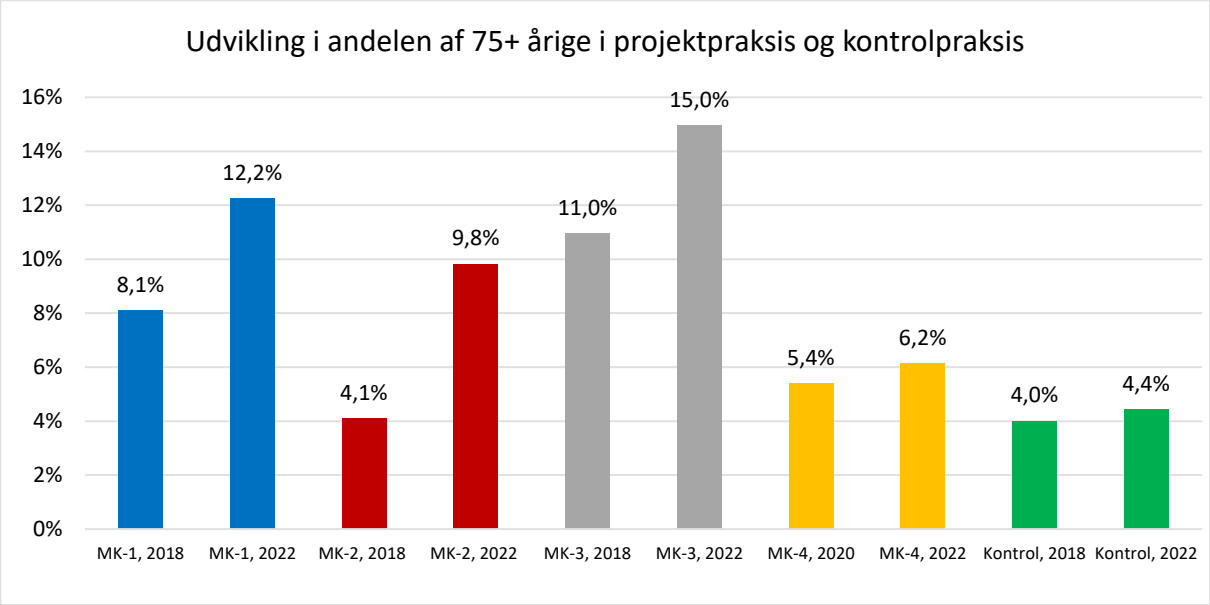
	Praksisform	**Kapacitet**	**Bemærkninger**
Projektpraksis 1	Samarbejdspraksis	1	Deler klinik med Projektpraksis 2 Maj 2018: Praksis starter MK-præprojekt. Sep. 2020: Praksis fortsætter via regionsstøttet MK-projekt.
Projektpraksis 2	Samarbejdspraksis	1	Deler klinik med Projektpraksis 1 Maj 2018: Praksis starter MK-præprojekt. Sep. 2020: Praksis fortsætter via regionsstøttet MK-projekt.
Projektpraksis 3	Solopraksis	1	Sep. 2020: Praksis starter regionsstøttet MK-projekt.
Projektpraksis 4	Kompagniskabspraksis	Maj 2019: 2 Okt. 2019: 3 Mar. 2020: 4	Maj 2019: Praksis åbner. Sep. 2020: Praksis starter regionsstøttet MK-projekt.

MK=Mobilklinik

Udvikling i andelen af 75+ årige patienter i praksis

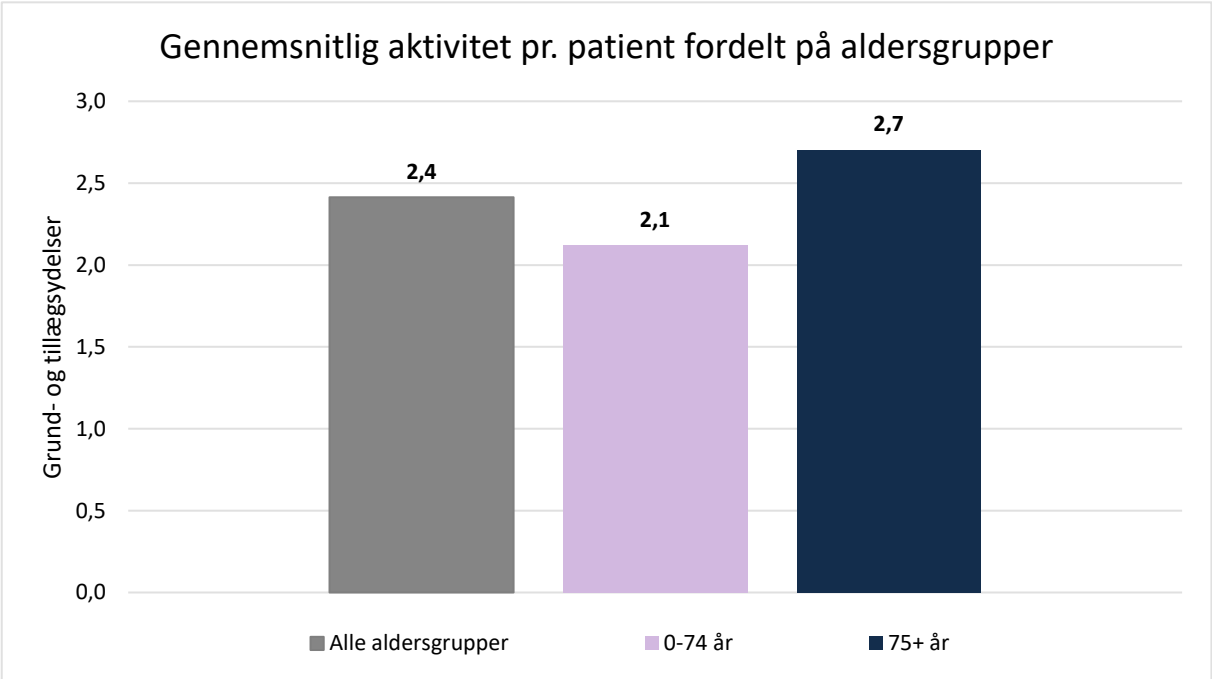
Andelen af ældre tilmeldte patienter i praksis giver et billede af patientpopulationen i projektpraksis og kontrolpraksis. Alle projektpraksis har en større andel 75+ årige patienter under projektperioden sammenlignet med før (figur 2). Det formodes bl.a. at hænge sammen med, at lægerne i projektpraksis 1 og 2 er blevet plejehjemslæger under projektperioden, og lægen i projektpraksis 3, som allerede inden projektstart var plejehjemslæge, har åbnet op for flere plejehjemsbeboere i perioden. Lægen i projektpraksis 4 er også plejehjemslæge og var det også inden projektstart. Sammenlignet med kontrolpraksis har alle fire projektpraksis, specielt i 2022, hvor det regionsstøttede projekt har kørt, en større andel af ældre tilmeldte patienter. Mobilklinikken giver potentielt praksis mulighed for at håndtere en større andel ældre patienter.

Figur 2 Udvikling i andelen af 75+ årige tilmeldte patienter i praksis i postnummeret 2300



MK 1-4 = Mobilklinikpraksis 1-4/projektpraksis.
Kontrolpraksis = gennemsnit af 33 praksis

Figur 3 Aktiviteten pr. patient opdelt på aldersgrupper i perioden 2018-2022



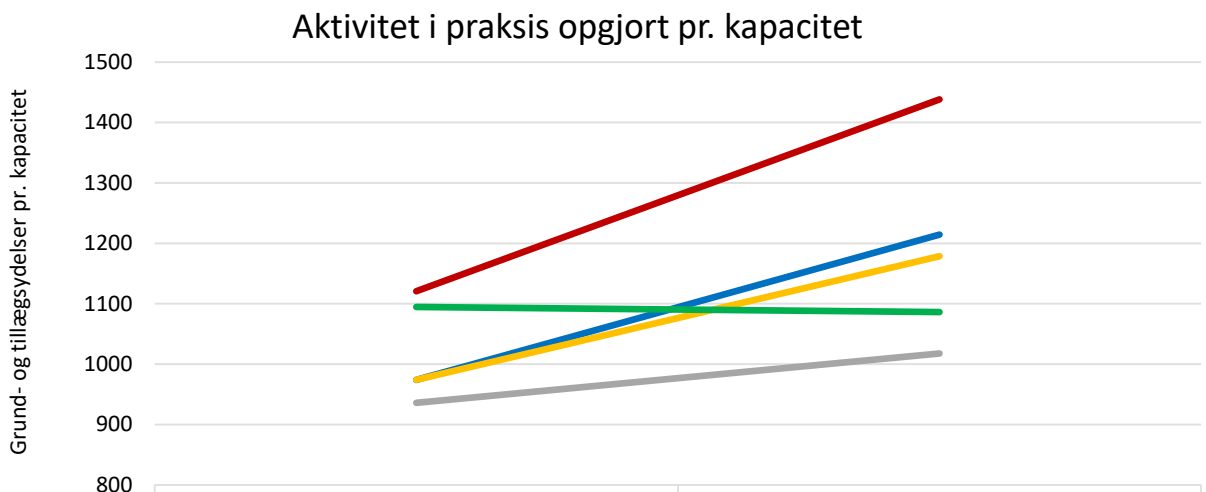
Figur 3 viser den gennemsnitlige aktivitet pr. patient om måneden for alle aldersgrupper på tværs af projekt- og kontrolpraksis, for de 0-74- årige og for de 75+ årige i perioden 2018 til 2022. Aktiviteten defineres af det gennemsnitlige antal grund- og tillægsydelser givet pr. tilmeldte patient, der har

kontakt til praksis om måneden. Fra 2018 til 2022 var den gennemsnitlige aktivitet pr. patient i alderen 0-74 år 2,1, hvor den gennemsnitlige aktivitet blandt 75+ årige patienter var 2,7. Ældre patienter modtager således gennemsnitligt flere undersøgelser og behandlinger end yngre patienter.

Aktivitet i praksis pr. kapacitet

Aktiviteten i praksis giver et billede af, hvor mange ydelser praksis leverer. Figur 4 illustrerer udviklingen af den gennemsnitlige aktivitet pr. måned i projekt- og kontrolpraksis fra før projektstart til under projektperioden.

Figur 4. Udvikling i gennemsnitlig månedlig aktivitet pr. kapacitet i praksis før projektstart og under projektperioden



	Før projektstart	Under projektperiode
MK-praksis 1	974	1214
MK-praksis 2	1121	1438
MK-praksis 3	936	1018
MK-praksis 4	974	1179
Kontrolpraksis	1095	1086

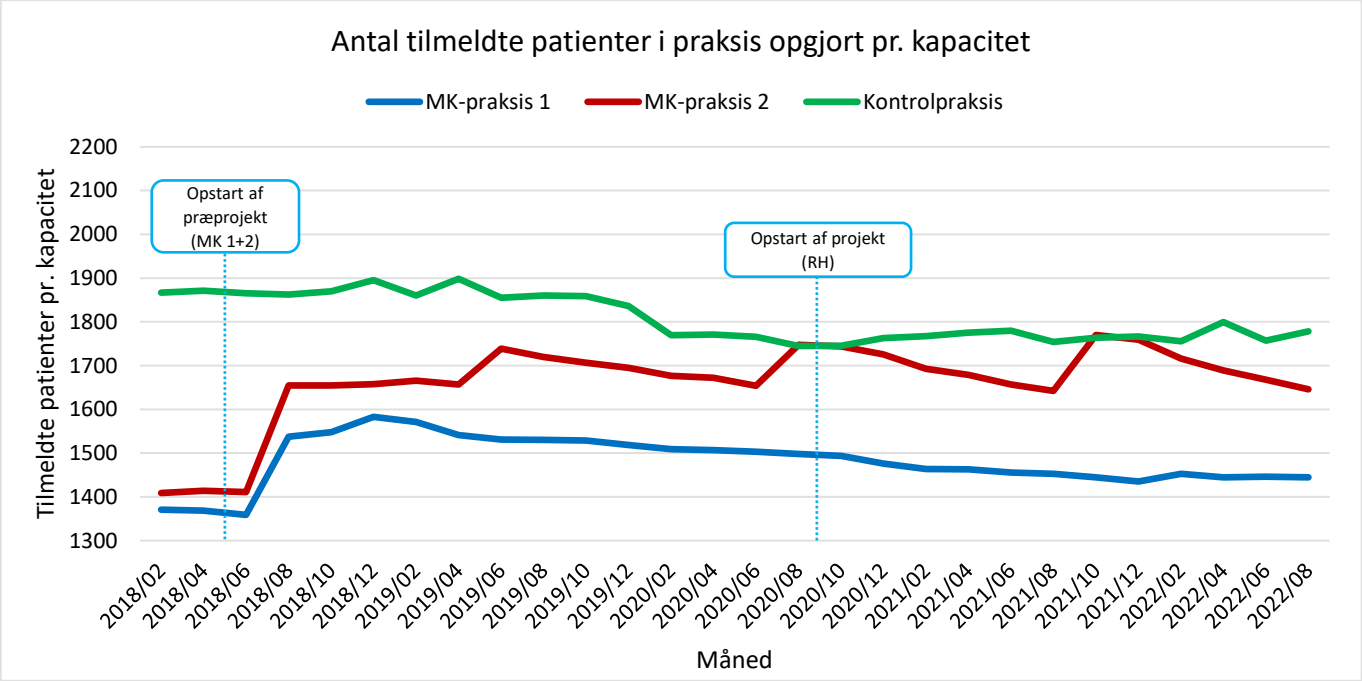
MK 1 og **2**: Før projektstart = 2018/01-2018/04. Under projektet = 2018/05-2022/08. **MK 3**: Før projektstart = 2018/01-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08. **MK 4**: Før projektstart = 2019/05-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08. **Kontrolpraksis**: Før projektstart = 2018/01-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08.

Som det ses i figur 4, er der en stigning i den gennemsnitlige aktivitet pr. kapacitet for alle projektpraksis under projektperioden sammenlignet med før. Aktiviteten falder lidt i kontrolpraksis i samme periode.

Tilmeldte patienter i praksis

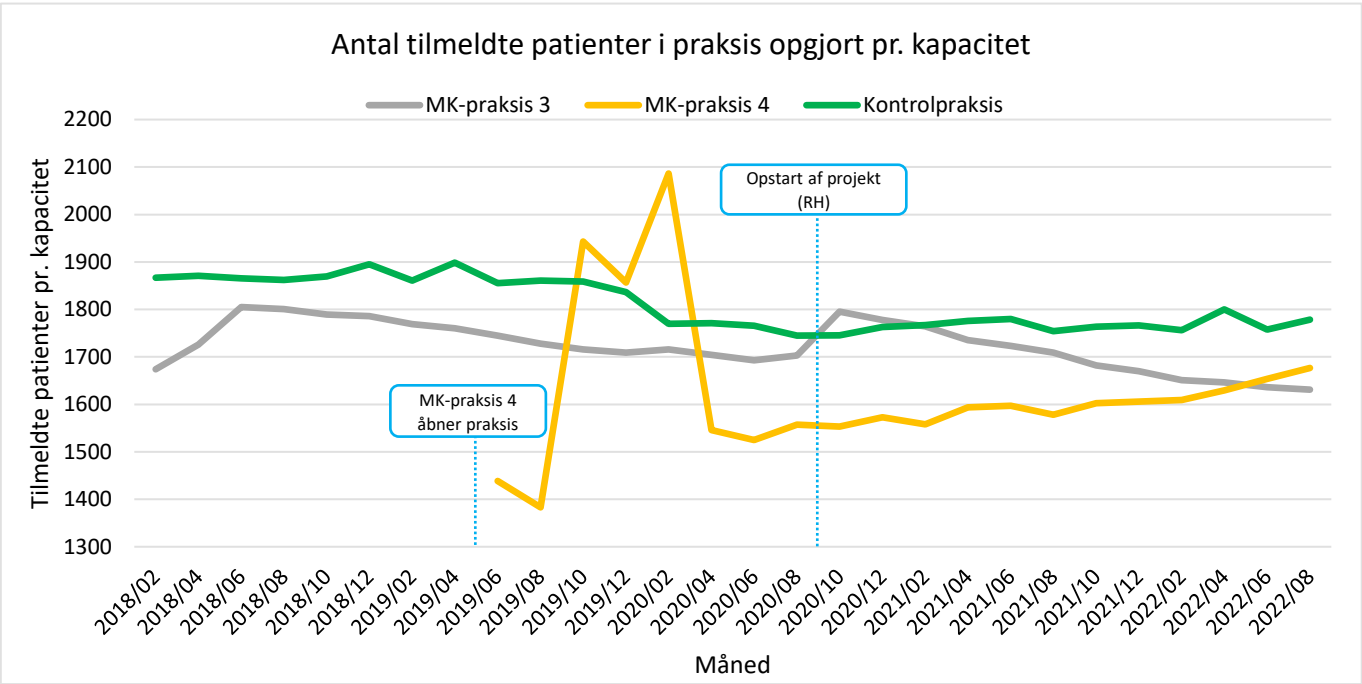
Figur 5.1 og 5.2 viser udviklingen i antal tilmeldte patienter opgjort pr. kapacitet i projektpraksis i alt (alle aldersgrupper) sammenlignet med tilmeldte patienter i kontrolpraksis.

Figur 5.1 Tilmeldte patienter pr. kapacitet i MK-praksis 1 og 2 og kontrolpraksis før og under projektperioden



MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Figur 5.2 Tilmeldte patienter pr. kapacitet i MK-praksis 3 og 4 og kontrolpraksis før og under projektperioden



MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Tabel 2 Antal tilmeldte patienter før og under projektet

	MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	Kontrolpraksis
Antal tilmeldte patienter pr. kapacitet i praksis i gennemsnit					
Før projektstart	1.370	1.411	1.739	1.681	1.841
Under projektet	1.492	1.679	1.705	1.601	1.769

MK 1 og **2**: Før projektstart = 2018/01-2018/04. Under projektet = 2018/05-2022/08. **MK 3**: Før projektstart = 2018/01-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08. **MK 4**: Før projektstart = 2019/05-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08. **Kontrolpraksis**: Før projekt-start = 2018/01-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08.

Som det ses i tabel har to projektpraksis gennemsnitligt flere patienter tilmeldt under projektperioden og to har færre sammenlignet med før projektstart. Af figur 5.1 og 5.2 kan bevægelserne i antallet tilmeldte pr. kapacitet ses for perioden.

Projektpraksis 1 har gennemsnitligt 1.370 patienter pr. kapacitet tilmeldt før præprojektstart og 1.492 pr. kapacitet tilmeldt i projektperioden.

Lægen har fagpolitisk arbejde ved siden af sin praksis, og har som følge af dette fået dispensation til at få nedsat antallet af tilmeldte patienter. Praksis åbnede for patienttilgang, da de omkring juni 2018 overtog 179 patienter fra en lukket nabopraksis, hvoraf de fleste var ældre.
Antallet af tilmeldte patienter pr. kapacitet falder fra omkring december 2018 efter præprojektstart. Den faldende tendens, der ses kort efter præprojekt-start ses også hos kontrolpraksis, hvorfor faldet i antal tilmeldte patienter ikke vurderes at skyldes Mobilklinikken. En mulig forklaring på, at praksis ikke har åbnet yderligere op for patienttilgang undervejs i projektet kan dels være tiden brugt på det politiske arbejde, samt at aktiviteten evt. pga. en øget andel af ældre patienter er steget i praksis sammenlignet med før projektstart (figur 4). Andelen af 75+ årige patienter i praksis stiger fra 8,1% før præprojektstart til 12,2% under projektperioden (figur 2), hvilket bl.a. kan forklares med, at lægen under projektperioden er blevet plejehjemslæge. Andelen af ældre patienter er næsten tre gange så høj som andelen i kon-trolpraksis i projektperioden (figur 2).

Projektpraksis 2 har gennemsnitligt 1.411 patienter pr. kapacitet tilmeldt før præprojektstart og gennemsnitligt 1.679 tilmeldt pr. kapacitet tilmeldt i projektperioden.

Lægen har fagpolitisk arbejde ved siden af sin praksis, og har som følge af dette fået nedsat antallet af tilmeldte patienter. Praksis åbnede dog for patienttilgang omkring juni 2018, da de overtog 244 patienter fra en lukket naboklinik, hvoraf de fleste var ældre. Fra praksis har overtaget patienter, opretholder de nogenlunde antallet af tilmeldte patienter og har haft åbent for patienttilgang igen under projektperioden. Opretholdelsen i antal tilmeldte patienter i projektpraksis 2 kan have sammenhæng med indførelse af Mobilklinikken, da der i samme periode ses en faldende tendens hos

kontrolpraksis. Andelen af ældre patienter i praksis stiger fra 4,1% før præprojektstart til 9,8% under projektperioden (figur 2), hvilket bl.a. forklares med, at lægen i forbindelse med præprojektstart er blevet plejehjemslæge. Andelen af ældre patienter er ca. dobbelt så høj som andelen i kontrolpraksis i projektperioden (figur 2).

Projektpraksis 3 har gennemsnitligt 1.739 patienter pr. kapacitet tilmeldt før regionsstøttet projektstart og gennemsnitligt 1.705 patienter pr. kapacitet tilmeldt i projektperioden.

Af figur 5.2 ses to stigninger i antal tilmeldte patienter pr. kapacitet. De to stigninger, der ses, forklares af lægen med, at han har overtaget patienter fra en lukket praksis, og at han har åbnet op for plejehjemsbeboere. Antallet af tilmeldte patienter pr. kapacitet falder kort efter projektstart. Ser man på hele den opgjorte periode, opretholder praksis dog nogenlunde antal tilmeldte patienter før og under projektperioden.
Andelen af ældre patienter i praksis stiger fra 11% før regionsstøttet projektstart til 15% under projektperioden (figur 2), hvilket bl.a. forklares med, at lægen, som også er plejehjemslæge, har åbnet op for flere plejehjemsbeboere under projektperioden. Andelen af ældre patienter er mere end tre gange så høj som andelen i kontrolpraksis i projektperioden. Lægen har taget imod nye patienter i form af plejehjemsbeboere, men har ikke haft åbnet for tilgang af andre patienter i projektperioden. Årsagen til, at praksis ikke har åbnet op for almindelig patienttilgang undervejs i projektet kan skyldes, at aktiviteten evt. pga. øget andel af ældre patienter er steget i praksis sammenlignet med før projektstart (figur 4).

Projektpraksis 4 har gennemsnitligt 1.681 patienter tilmeldt pr. kapacitet før regionsstøttet projektstart og gennemsnitligt 1.601 tilmeldt pr. kapacitet i projektperioden.

Den indledende høje kurve hos projektpraksis 4 kan have medført, at det gennemsnitlige antal tilmeldte patienter pr. kapacitet før projektperioden er 'kunstigt' højere end i projektperioden, selvom der under projektperioden ses en stigning. Den indledende høje kurve kan sandsynligvis forklares af, at praksis åbnede i maj 2019, og at der er sket en høj tilgang af patienter, forud for at de har fået en ny kapacitet tildelt. De har således øget antal patienter i månederne forud for den ekstra kapacitet, de fik i marts 2020. Fra omkring juni 2020 ses der en stigende tendens i antal tilmeldte patienter pr. kapacitet. Stigningen efter projektstart kan have sammenhæng med indførslen af Mobilklinikken, da der ikke ses lignende udvikling hos kontrolpraksis. Andelen af ældre patienter i praksis stiger fra 5,4% inden regionsstøttet projektstart til 6,2% under projektperioden (figur 2). Andelen af ældre patienter er næsten en tredjedel højere end hos kontrolpraksis i projektperioden. Den lidt højere andel ældre tilmeldte patienter pr. kapacitet kan hænge sammen med, at én af lægerne i praksis også arbejder som

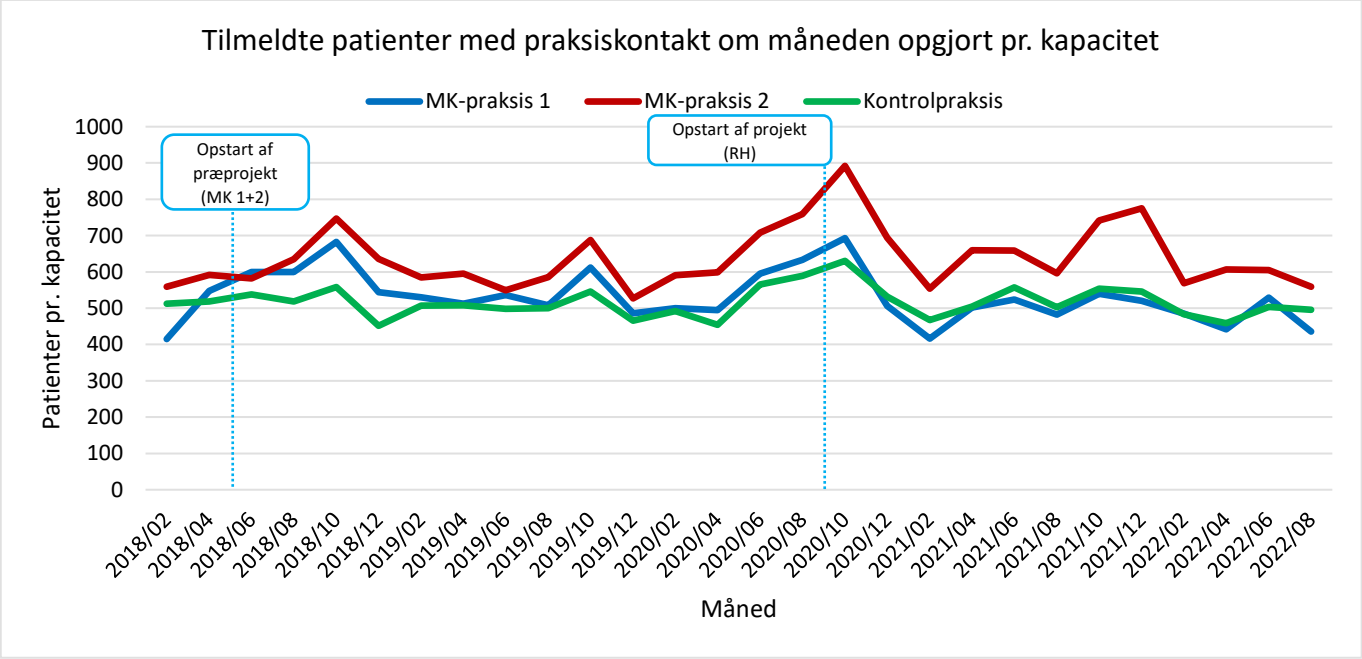
plejehjemslæge. Praksis har haft åbnet op for patienttilgang i projektperioden.

Kontrolpraksis har gennemsnitligt flere tilmeldte patienter pr. kapacitet sammenlignet med projektpraksis, hvilket kan skyldes forskellige faktorer. Det kan fx hænge sammen med, at kontrolpraksis gennemsnitligt har en yngre patientpopulation og lidt lavere aktivitet pr. kapacitet. Organisering af praksis er også en faktor, der kan have betydning for det antal tilmeldte patienter en praksis ønsker, fx kan kompagniskabspraksis i gennemsnit have flere patienter tilmeldt pr. kapacitet end solopraksis. Andre forhold som digitalisering, forskelle i arbejdsgange og anvendelsen af praksispersonale spiller også ind. Disse faktorer og deres indflydelse på antallet af tilmeldte patienter i kontrolpraksis er ukendt. Der ses en faldende tendens i antal tilmeldte patienter pr. kapacitet i kontrolpraksis.

Antal patienter med praksiskontakt pr. måned

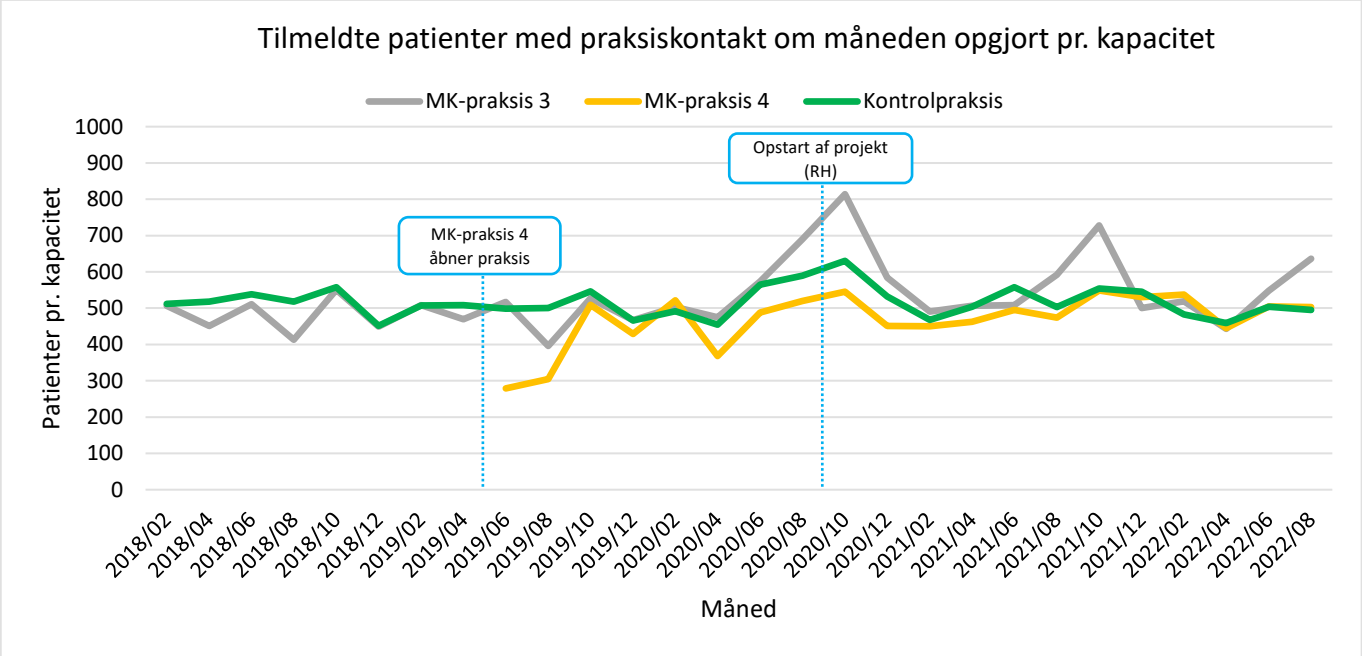
Figur 6.1 og 6.2 viser udviklingen i antal patienter med praksiskontakt pr. måned opgjort pr. kapacitet i projektpraksis sammenlignet med i kontrolpraksis. "Praksiskontakt" dækker over alle ydelser, herunder fysisk fremmøde i praksis, sygebesøg, telefonisk konsultation, samtaleterapi, e-konsultation og/eller virtuel konsultation m.fl. En patient vil opgøres som én "patient med praksiskontakt" uafhængigt af, om personen har fået mere end én ydelse i løbet af en måned. Antal patienter med praksiskontakt pr. måned er opgjort pr. kapacitet.

Figur 6.1 Antal patienter med praksiskontakt pr. måned i MK-praksis 1 og 2 og kontrolpraksis



MK = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Figur 6.2 Antal patienter med praksiskontakt pr. måned i MK-praksis 3 og 4 og kontrolpraksis



MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Tabel 3 Antal tilmeldte patienter med praksiskontakt om måneden og aktiviteten før og under projektet

	MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	Kontrolpraksis
Antal tilmeldte patienter, der har kontakt til praksis om md. pr. kapacitet i gennemsnit					
Før projektstart	477	608	513	433	516
Under projektet	540	649	552	499	525
Aktivitet pr. tilmeldt patient, der har kontakt til praksis pr. måned i gennemsnit					
Før projektstart	2,05	1,86	1,87	2,30	2,18
Under projektet	2,33	2,30	1,93	2,48	2,18

Aktivitet: antal grund-og tillægsydelser givet pr. tilmeldt patient
MK 1 og **2**: Før projektstart = 2018/01-2018/04. Under projektet = 2018/05-2022/08. **MK 3**: Før projektstart = 2018/01-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08. **MK 4**: Før projektstart = 2019/05-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08. **Kontrolpraksis**: Før projekt-start = 2018/01-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08.

Som det ses i figur 6.1 og 6.2, synes der ikke at være sket en nævneværdig udvikling i antallet af tilmeldte patienter, der har kontakt til praksis om måneden i projektperioden sammenlignet med før projektstart. Den gennemsnitlige stigning der imidlertid er i antal patienter med praksiskontakt om måneden (tabel 3), kan sandsynligvis forklares af, at der på grafen fra juni til december 2020 ses en stigning i antallet af patienter med praksiskontakt både for projektpraksis og kontrolpraksis. Dette skyldes sandsynligvis øget patientkontakt efter første nedlukning under COVID-19-pandemien. Dog ses det, at projektpraksis på trods af færre tilmeldte patienter pr. kapacitet kan have lige så mange eller flere patienter med kontakt til praksis om måneden pr. kapacitet.

Der har yderligere været en stigning i aktiviteten pr. tilmeldt patient pr. kapacitet hos alle fire projektpraksis under projektperioden sammenlignet med før, hvilket ikke ses hos kontrolpraksis (tabel 3).

Projektpraksis 1 er gennemsnitligt i kontakt med 477 tilmeldte patienter pr. måned i gennemsnit pr. kapacitet inden præprojektstart og 540 patienter i gennemsnit pr. måned pr. kapacitet under projektperioden. Aktiviteten pr. tilmeldt patient med månedlig praksiskontakt er steget i løbet af projektperioden (tabel 3).

Projektpraksis 2 er gennemsnitligt i kontakt med 608 tilmeldte patienter pr. måned pr. kapacitet inden præprojektstart og 649 patienter i gennemsnit pr. måned pr. kapacitet under projektperioden. Aktiviteten pr. tilmeldt patient med månedlig praksiskontakt er steget i løbet af projektperioden (tabel 3).

Projektpraksis 3 er gennemsnitligt i kontakt med 513 tilmeldte patienter om måneden pr. kapacitet inden regionsstøttet projektstart og 552 patienter i gennemsnit om måneden pr. kapacitet under projektperioden. Der ses større periodevise stigninger i antal tilmeldte patienter med praksiskontakt om måneden pr. kapacitet i projektperioden sammenlignet med før. Aktiviteten pr. tilmeldt patient med månedlig praksiskontakt er steget i løbet af projektperioden (tabel 3).

Projektpraksis 4 er gennemsnitligt i kontakt med 433 tilmeldte patienter om måneden pr. kapacitet inden regionsstøttet projektstart og 499 patienter i gennemsnit om måneden pr. kapacitet under projektperioden. Aktiviteten pr. tilmeldte patient med månedlig praksiskontakt er steget i løbet af projektperioden (tabel 3).

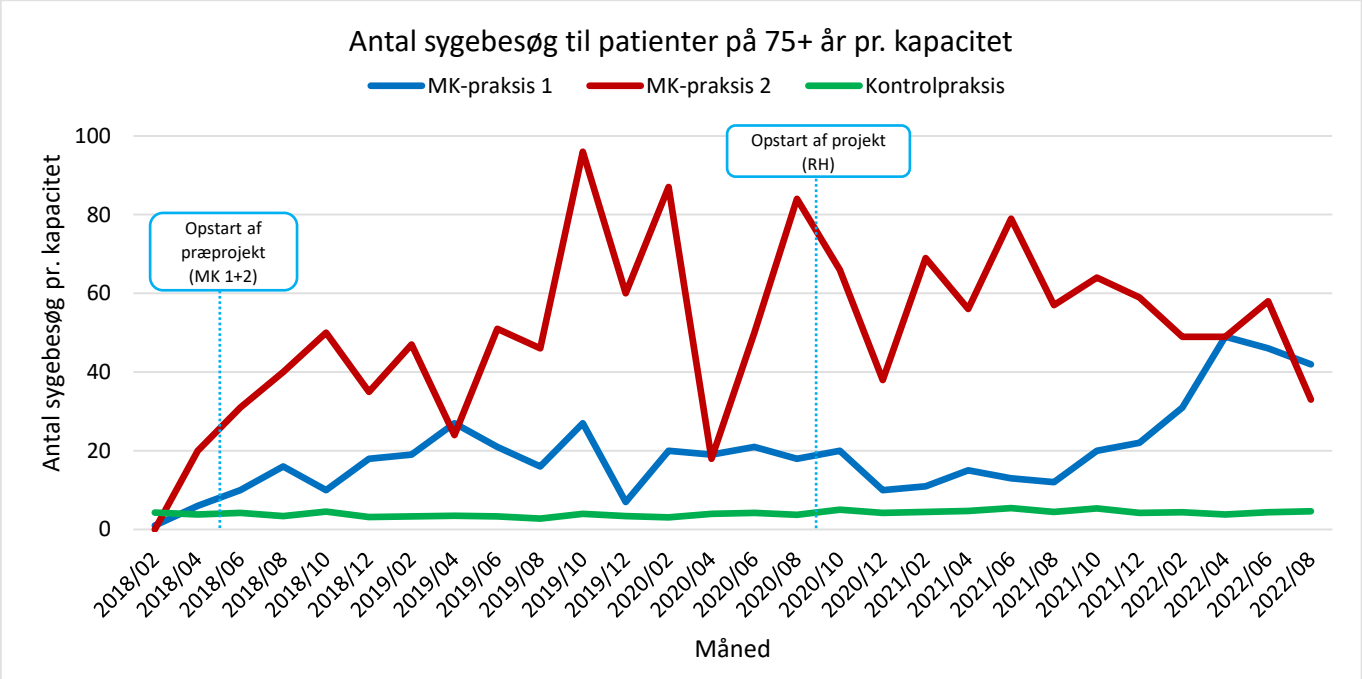
Kontrolpraksis er ligesom projektpraksis i kontakt med nogenlunde samme antal patienter om måneden i gennemsnit opgjort pr. kapacitet før og efter projektstart. Aktiviteten pr. tilmeldte patient med praksiskontakt om måneden er den samme under projektperioden som før.

Det var en hypotese, at mens lægen så det samme antal patienter om måneden i klinikken, kunne Mobilklinikken besøge patienter, som ikke tidligere kom i klinikken og dermed være med til at øge antallet af patienter med praksiskontakt pr. kapacitet om måneden. Det kan ikke konkluderes, at Mobilklinikken øger antallet af patienter pr. kapacitet, som projektpraksis har kontakt til hver måned. Dog ses det, at Mobilklinikken potentielt kan være medvirkende til, at projektpraksis kan øge aktiviteten pr. patient med praksiskontakt og dermed den samlede aktivitet. Dette vurderes, da kontrolpraksis følger nogenlunde samme udvikling i antal tilmeldte patienter med praksiskontakt om måneden, dog uden øget aktivitet pr. tilmeldt patient.

Sygebesøg

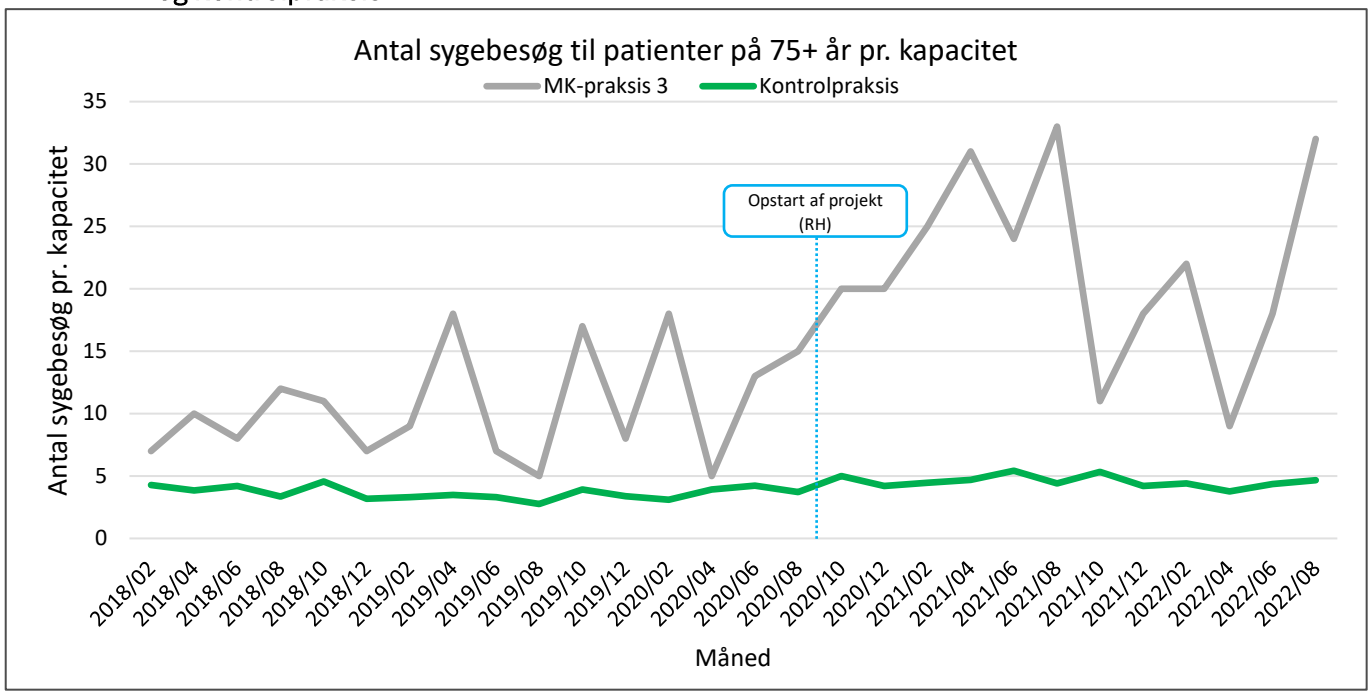
Figur 7.1, 7.2 og 7.3 viser udviklingen i antal sygebesøg, der bliver kørt pr. måned til patienter på 75+ år i projektpraksis sammenlignet med sygebesøg pr måned, der bliver kørt til patienter på 75+ år i kontrolpraksis. Sygebesøg og patienter er gjort op pr. kapacitet. Bemærk, at enhederne på y-aksen er højere i figur 7.1 ift. figur 7.2 og 7.3.

Figur 7.1 Sygebesøg pr. måned til patienter på 75+ år pr. kapacitet i MK-praksis 1 og 2 og kontrolpraksis



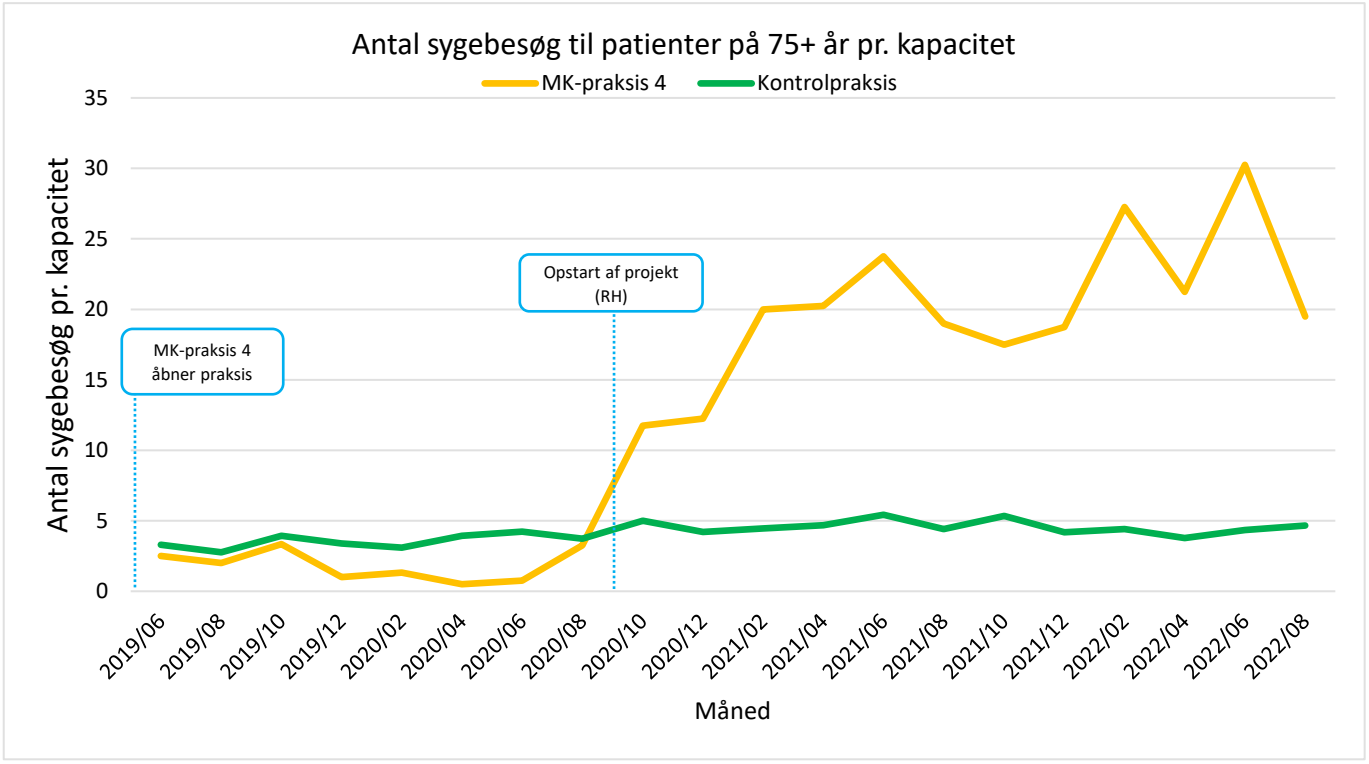
MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Figur 7.2 Sygebesøg pr. måned til patienter på 75+ år pr. kapacitet i MK-praksis 3 og kontrolpraksis



MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Figur 7.3 Sygebesøg pr. måned til patienter på 75+ år pr. kapacitet i MK-praksis 4 og kontrolpraksis



MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Tabel 4 Antal sygebesøg pr. måned til patienter på 75+ år før og under projektet opgjort pr. kapacitet

	MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	Kontrolpraksis
Antal sygebesøg pr. måned til patienter på 75+ år pr. kapacitet i gennemsnit					
Før projektstart	3	8	11	2	4
Under projektet	21	54	22	19	5

MK 1 og **2**: Før projektstart = 2018/01-2018/04. Under projektet = 2018/05-2022/08. **MK 3**: Før projektstart = 2018/01-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08. **MK 4**: Før projektstart = 2019/05-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08. **Kontrolpraksis**: Før projektstart = 2018/01-2020/08. Under projektet = 2020/09-2022/08.

Som det ses i figur 7.1-7.3, er der en stigning i antallet af sygebesøg til 75+ årige opgjort pr. kapacitet hos alle fire projektpraksis efter opstart af Mobilklinikken sammenlignet med før projektstart. Da der ses en stigende udvikling hos alle projektpraksis, og ikke en stigning hos kontrolpraksis, vurderes udviklingen at være relateret til Mobilklinik-ordningen.

Projektpraksis 1 har gennemsnitligt pr. kapacitet haft tre sygebesøg om måneden til patienter på 75+ år inden præprojektstart og gennemsnitligt 21 i projektperioden. I juni 2018 overtager praksis 179 patienter fra en naboklinik, hvoraf størstedelen er ældre. Det kan forklare noget af den indledende stigning, hvor nye ældre patienter har resulteret i flere sygebesøg. Omkring januar 2022 overtager lægen patienter fra et plejehjem, hvorfor der igen ses en stigning i kurven i den periode. Der ses ingen nævneværdig udvikling hos kontrolpraksis, og derfor vurderes stigningen i antal månedlige sygebesøg pr. kapacitet hos projektpraksis at være relateret til Mobilklinikken.

Projektpraksis 2 har gennemsnitligt pr. kapacitet haft otte sygebesøg om måneden til patienter på 75+ år inden præprojektstart og gennemsnitligt 54 i projektperioden. I juni 2018 overtager praksis 244 patienter fra en naboklinik, hvoraf størstedelen er ældre. Lægen er derudover blevet plejehjemslæge på et stort plejehjem i forbindelse med præprojektstart, hvilket er med til at forklare det høje antal sygebesøg. Det store fald i sygebesøg, der ses mellem februar 2020 og juni 2020 forklares af lægen med COVID-19-pandemien, hvor lægen har haft færre sygebesøg – specielt til plejehjemsbeboere – grundet smitterisiko. En forklaring på den efterfølgende stigning frem til september kan ifølge lægen være, at der ved nedlukninger som ved COVID-19, vil hobe sig ting op hos patienterne, som ikke har fået sygebesøg i perioden. Derefter vil efterspørgslen på sygebesøg igen falde, hvilket også ses på kurven. Der ses ingen nævneværdig udvikling hos kontrolpraksis, og derfor vurderes stigningen i antal sygebesøg pr. kapacitet hos projektpraksis at have sammenhæng med opstarten af Mobilklinikken.

Projektpraksis 3 har gennemsnitligt pr. kapacitet haft 11 sygebesøg om måneden til patienter på 75+ år inden regionsstøttet projektstart og gennemsnitligt 22 i projektperioden. Praksis har i projektperioden en større andel

75+ årige tilmeldte patienter sammenlignet med de øvrige praksis (figur 2), hvorfor det ville være nærliggende at tro, at antallet af sygebesøg pr. kapacitet også ville stige markant mere under projektperioden end figur 7.2 viser. En mulig forklaring kan være, at praksis er en solopraksis med én medicinstuderende ansat som udkørende person. Det betyder, at én studerende skal dække en fast ugentlig Mobilklinikvagt, hvilket i perioder kan være vanskeligt grundet studie og eksamener ved siden af arbejdet i praksis. Derudover har praksis kun elbilen én dag om ugen, hvor de øvrige praksis har flere udkørende personer ansat og har elbilen to dage om ugen. Der ses ingen nævneværdig udvikling hos kontrolpraksis, og derfor vurderes stigningen i antal sygebesøg pr. kapacitet hos projektpraksis at være relateret til opstarten af Mobilklinikken.

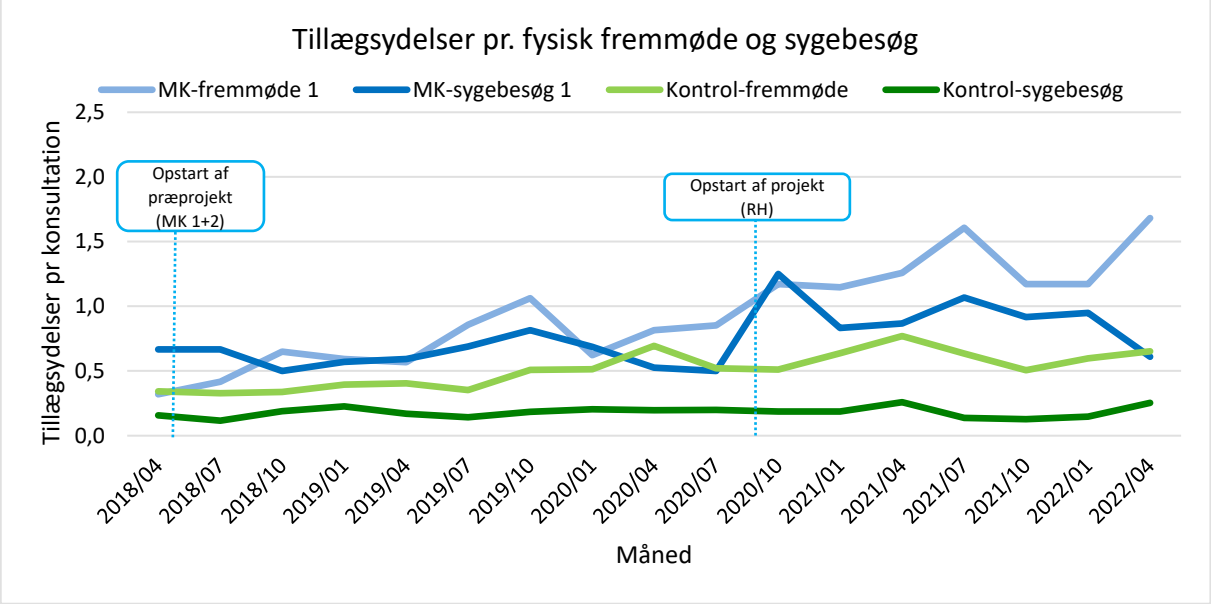
Projektpraksis 4 har gennemsnitligt pr. kapacitet haft to sygebesøg til patienter på 75+ år om måneden inden regionsstøttet projektstart og gennemsnitligt 19 i projektperioden. Der ses ingen nævneværdig udvikling hos kontrolpraksis, og derfor vurderes stigningen i antal sygebesøg pr. kapacitet hos projektpraksis at være relateret til opstarten af Mobilklinikken.

Kontrolpraksis har ingen nævneværdig udvikling i antal sygebesøg pr. kapacitet under projektperioden sammenlignet med før. Kontrolpraksis har gennemsnitligt færre sygebesøg pr. kapacitet end projektpraksis i projektperioden.

Tillægsydelser ved fremmødekonsultationer i praksis og sygebesøg

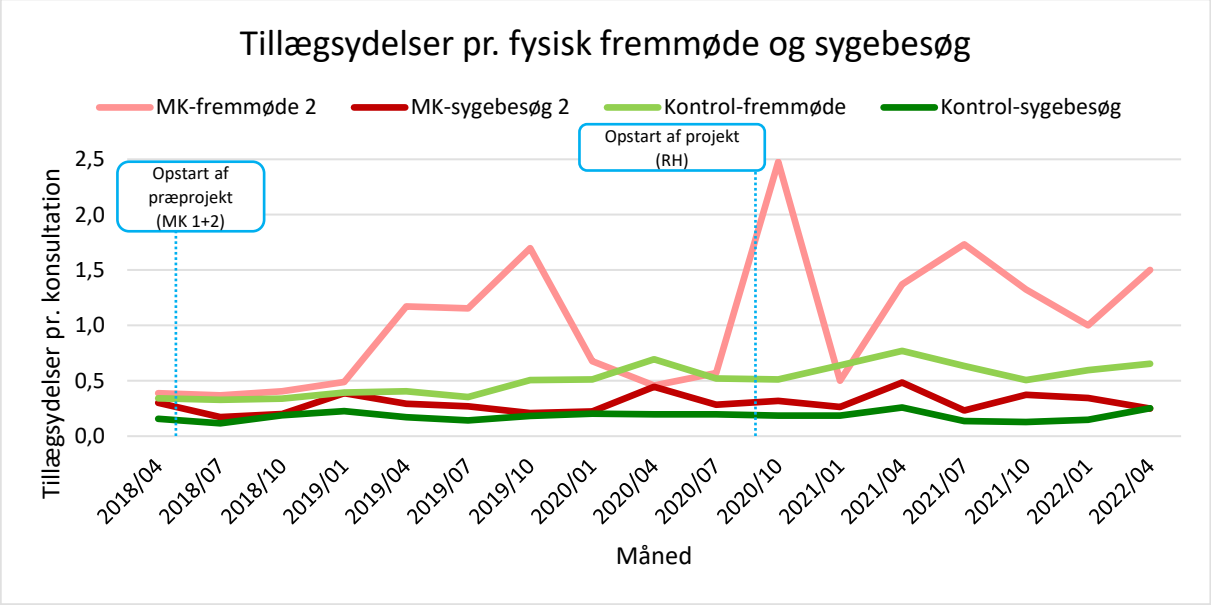
Figur 8.1-8.4 viser udviklingen i antal tillægsydelser pr. fremmødekonsultation i praksis og pr. sygebesøg blandt 75+ årige patienter i de fire projektpraksis sammenlignet med kontrolpraksis. Tillægsydelserne, der sammenlignes mellem fremmødekonsultation og sygebesøg, er de samme typer ydelser, så antallet af tillægsydelser kan sammenlignes på tværs af konsultationsform (bilag 2). Det skal dog bemærkes, at projektpraksis grundet udstyret i mobilklinikken har mulighed for at varetage nogle tillægsydelser, som kontrolpraksis som udgangspunkt ikke har mulighed for at varetage ved sygebesøg. De mørkeste kurver på graferne viser tillægsydelser ved sygebesøg, og de lysere viser tillægsydelser ved fysisk fremmøde.

Figur 8.1 Tillægsydelser pr. konsultation til 75+ årige patienter i MK-praksis 1 og kontrolpraksis



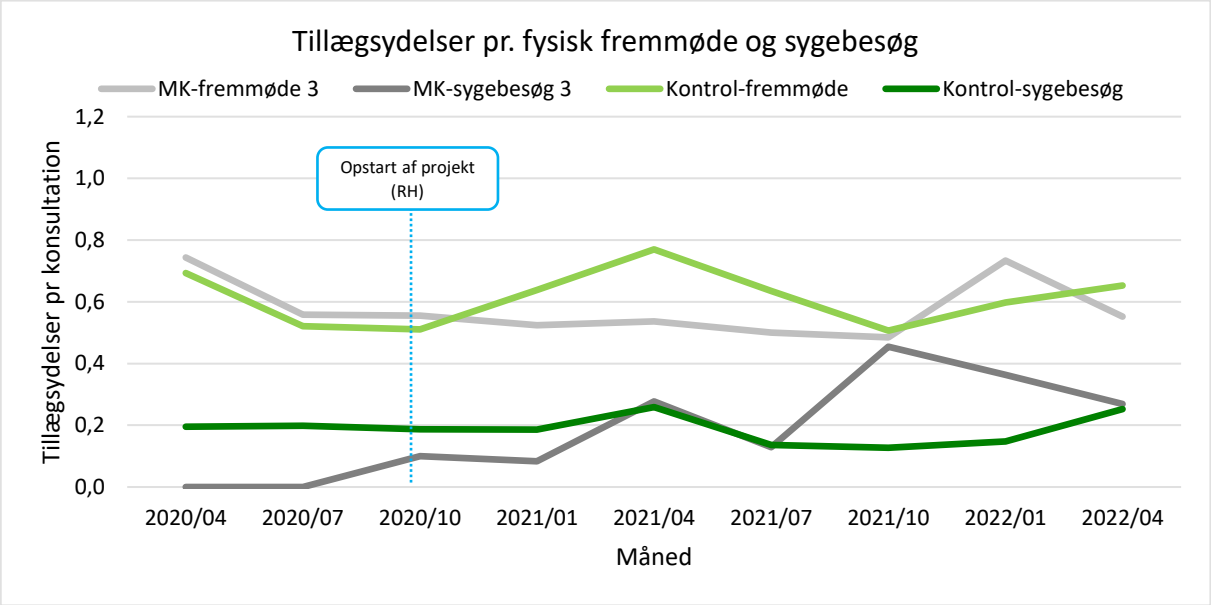
MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Figur 8.2 Tillægsydelser pr. konsultation til 75+ årige patienter i MK-praksis 2 og kontrolpraksis



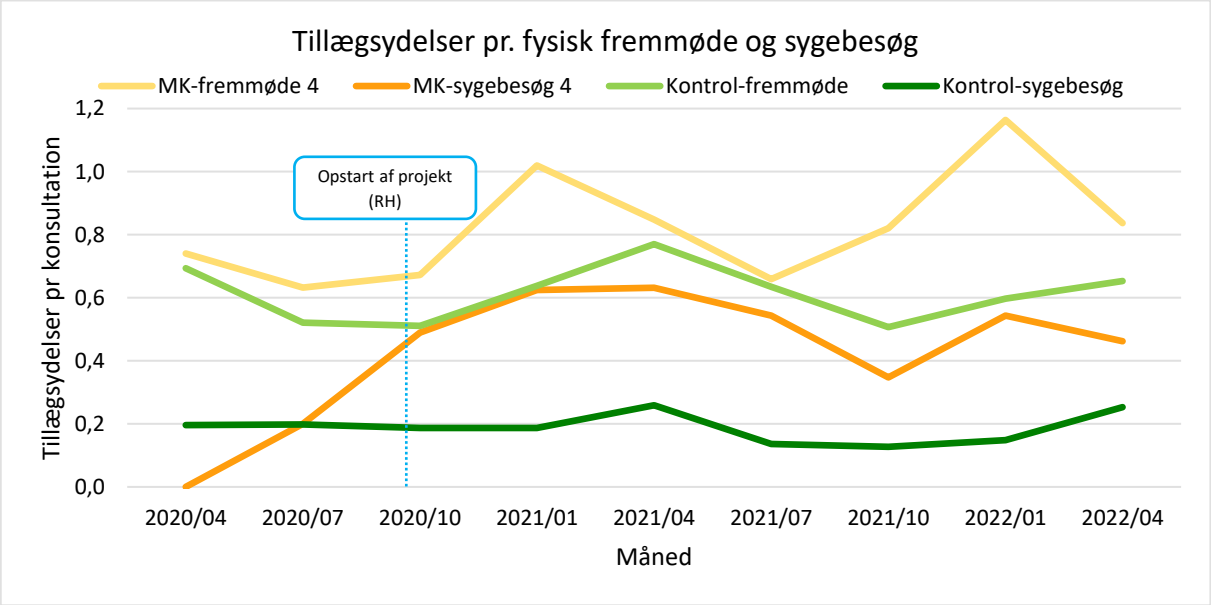
MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Figur 8.3 Tillægsydelser pr. konsultation til 75+ årige patienter i MK-praksis 3 og kontrolpraksis



MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Figur 8.4 Tillægsydelser pr. konsultation til 75+ årige patienter i MK-praksis 4 og kontrolpraksis



MK-praksis = Mobilklinik-praksis/projektpraksis

Som det ses i figur 8.1-8.4, bliver der givet flere tillægsydelser til 75+ årige i forbindelse med fremmødekonsultationer sammenlignet med ved sygebesøg – både i kontrol- og projektpraksis.

Der ses en stigning i antal tillægsydelser ved sygebesøg hos to projektpraksis (projektpraksis 3 og 4) under projektperioden sammenlignet med før. Der ses i samme periode ingen nævneværdig stigning i antal tillægsydelser ved sygebesøg i kontrolpraksis. Alle fire projektpraksis giver flere tillægsydelser ved sygebesøg sammenlignet med kontrolpraksis. Gennemsnitligt giver de 25% flere tillægsydelser pr. sygebesøg i projektperioden ift. kontrolpraksis.

Sammenlignet med før projektstart ses der en stigning i antal tillægsydelser ved fysisk fremmøde blandt tre ud af fire projektpraksis (projektpraksis 1, 2 og 4), og en mindre stigning i kontrolpraksis fra 2018. Samme tre projektpraksis giver flere tillægsydelser i forbindelse med fremmødekonsultationer i praksis blandt 75+ årige sammenlignet med kontrolpraksis.

Nogle læger fra projektpraksis har en oplevelse af, at et bedre overblik over patienternes tilstande gør, at de i højere grad planlægger, hvilke undersøgelser patienterne i øvrigt bør få foretaget ved næste konsultation foruden det, som patienten henvender sig omkring. En mulig forklaring på, at projektpraksis overordnet giver flere tillægsydelser pr. konsultation, kan således være, at de håndterer flere problematikker/laver flere undersøgelser pr. gang.

Opsummering på resultater baseret på afregningsdata fra praksis

Det var ønsket at undersøge, om behandlingskapaciteten ift. antal tilmeldte patienter og praksis' aktivitet stiger i forbindelse med indførelse af Mobilklinikordningen, fordi praksispersonale kører Mobilklinikken og frigiver lægetid i praksis.

To projektpraksis (1 + 2) har i gennemsnit flere tilmeldte patienter under projektperioden sammenlignet med før projektstart. Dette kan dog skyldes, at de to praksis i starten af præprojektet har overtaget patienter fra en lukket praksis. Efterfølgende ses for de to praksis en stagnering eller fald i antal tilmeldte patienter. Projektpraksis 3 har et lille fald i antal tilmeldte patienter pr. kapacitet, mens projektpraksis 4 har en stigning i antal tilmeldte patienter *efter* projektstart. Det gennemsnitligt højere antal tilmeldte patienter før projektstart i projektpraksis 4, vurderes at være kunstigt højt, da praksis i praksisopstarten formentlig har taget patienter ind inden tildeling af en ny kapacitet.

Projektpraksis har i projektperioden nogenlunde samme antal månedlige patienter med praksiskontakt pr. kapacitet sammenlignet med før, dog er aktiviteten pr. patient steget. Kontrolpraksis har også nogenlunde samme antal patienter med praksiskontakt om måneden pr. kapacitet før og under projektperioden, mens aktiviteten pr. patient er uændret.

Projektpraksis kører flere sygebesøg pr. kapacitet i projektperioden sammenlignet med før, hvor antallet af sygebesøg i kontrolpraksis er nogenlunde uændret.

Samlet set er aktiviteten pr. kapacitet steget væsentligt i projektpraksis i projektperioden sammenlignet med før, mens den for kontrolpraksis er uændret. Stigningen i samlet aktivitet kan sandsynligvis skyldes, at der i perioden fra 2018 til 2022, hvor Mobilklinikken blev implementeret, er en stigning i andelen af 75+ årige tilmeldte patienter til de fire projektpraksis. Ældre patienter på +75 år får i gennemsnit flere ydelser pr. patient end patienter i alderen 0-74 år. Derfor kan den øgede andel af ældre i projektpraksis i projektperioden sandsynligvis forklare stigningen i aktivitet pr. patient, som sammen med de mange flere sygebesøg er med til at drive den samlede aktivitetsstigning pr. kapacitet.

Det vil altså sige, at selvom projektpraksis ikke nødvendigvis øger antallet af tilmeldte patienter pr. kapacitet eller antallet af patienter med månedlig praksiskontakt pr. kapacitet, har projektpraksis øget den månedlige aktivitet pr. kapacitet i den periode, hvor de har haft mobilklinikken til rådighed.

Det var yderligere ønsket at undersøge, om behandlingskvaliteten i forbindelse med sygebesøg med Mobilklinikken bliver sammenligneligt med kvaliteten af fremmødekonsultationer i form af samme antal tillægsydelser. Resultaterne viser, at der overordnet gives flere tillægsydelser pr. fremmødekonsultation sammenlignet med ved sygebesøg både før og i projektperioden. To praksis giver imidlertid flere tillægsydelser pr. sygebesøg i projektperioden sammenlignet med før. Et stigende antal tillægsydelser ved sygebesøg kan hænge sammen med, at Mobilklinikkens elbil kan fragte mere omfattende klinikudstyr, så der kan laves flere undersøgelser og behandlinger i hjemmet. Flere tillægsydelser ved sygebesøg kan dermed potentielt indikere, at behandlingskvaliteten for de udsatte ældre patienter er steget med Mobilklinikken. Derudover giver tre projektpraksis flere tillægsydelser ved fremmødekonsultationer under projektperioden sammenlignet med før, hvor der ses en mindre stigning i kontrolpraksis. Stigningen i tillægsydelser pr. fremmødekonsultation kan hænge sammen med, at lægerne har fået et bedre overblik over patienternes problemstillinger, hvorved de kan håndtere flere problematikker pr. konsultation.

Diskussion

Formålet med evalueringen har været at undersøge, om Mobilklinikken har potentiale til at øge behandlingskapaciteten i praksis i forhold til antal tilmeldte patienter og praksis' aktivitet. Derudover har målet været at undersøge, om Mobilklinikken kan forbedre kvaliteten af behandlingen til sårbare borgere og om ordningen er et koncept med skalerbart potentiale. Disse områder vil i det følgende blive diskuteret på baggrund af resultaterne fra afregningsdata og interviews med de sundhedsprofessionelle og borgerne.

Øget behandlingskapacitet ift. personaleforbrug og lægetid i praksis

Behandlingskapacitet i almen praksis kan anskues på forskellige måder, hvorfor evalueringen inkluderer afregningsdata om både antallet af tilmeldte patienter til praksis samt aktiviteten i praksis.

Så længe praksis ligger over deres åbnegrænse (minimum antal patienter de skal kunne varetage), kan de selv vælge om de vil åbne eller lukke for tilgang af nye patienter. Som udgangspunkt skal praksis minimalt kunne varetage 1.550 patienter, men deltagende praksis har forskellige åbnegrænser bl.a. grundet fagpolitisk arbejde. Praksis har også en lukkegrænse, som er det maksimale antal patienter, de ønsker at have tilmeldt. Det er almindeligt, at praksis skiftevis har henholdsvist lukket og åbent for tilgang af patienter uden at træffe et aktivt valg herom i forbindelse med naturligt flow i patientpopulationen på grund af fx til- og fraflytning i området, dødsfald og fødsler.

Praksis kan også vælge at hæve deres lukkegrænse. Formålet med mobilklinikken var blandt andet, at de deltagende praksis kunne hæve deres lukkegrænse og tage flere tilmeldte patienter ind på grund af frigivet kapacitet.

Resultaterne viser, at tre ud af de fire deltagende praksis har åbnet op for tilgangen af almindelige patienter (projektpraksis 1, 2 og 4) i projektperioden. Dette er dog forventeligt som følge af det naturlige flow i patientpopulationen. Én praksis (projektpraksis 3) har åbnet op for tilgang af plejehjemsbeboere men ikke for andre patienter.

Grundet fagpolitisk arbejde, har projektpraksis 1 og 2 fået kompensation til at have en lavere åbnegrænse end de 1.550 patienter. De overtog patienter fra en lukket nabopraksis og åbnede i den forbindelse op for patienttilgang kort efter præprojektstart. De to praksis har derfor gennemsnitligt flere patienter tilmeldt under projektperioden ift. før.
Projektpraksis 2 hæver i den forbindelse sin lukkegrænse og bevarer efterfølgende nogenlunde samme antal tilmeldte patienter, mens projektpraksis

1 ikke hæver sin lukkegrænse ifm. overtagelse af patienter, og der ses et efterfølgende fald i antal tilmeldte patienter.
Opretholdelsen i antal tilmeldte patienter i projektpraksis 2 kan muligvis have sammenhæng med indførelse af Mobilklinikken, da der i samme periode ses en faldende tendens i antal tilmeldte patienter hos kontrolpraksis. Faldet i antal tilmeldte patienter i kontrolpraksis kan dog skyldes forskellige faktorer hos kontrolpraksis. Derfor kan det ikke entydigt konkluderes, at det er Mobilklinikken, der får projektpraksis 2 til at opretholde antal tilmeldte patienter.
Projektpraksis 3 har i projektperioden åbnet op for plejehjemsbeboere, men hæver ikke sin lukkegrænse, og der er et lille fald i antal tilmeldte patienter pr. kapacitet sammenlignet med antal tilmeldte patienter før projektstart.
Projektpraksis 4 har hævet deres lukkegrænse i projektperioden og har øget antal tilmeldte patienter *efter* projektstart.

Behandlingskapaciteten i en praksis kan også vurderes ud fra aktiviteten målt ved antallet af grund- og tillægsydelser pr. kapacitet. Aktiviteten pr. kapacitet er steget i projektpraksis i projektperioden ift. inden projektperioden, hvilket kan skyldes forskellige faktorer. Det kan blandt andet hænge sammen med, at der er kommet en større andel 75+ årige patienter med komplekse problemstillinger i praksis, som har behov for flere ydelser, eller at patienter med komplekse problemstillinger, som før ikke blev behandlet, nu behandles via Mobilklinikken. Kompleksiteten af de 75+ åriges problemstillinger ses ved, at de i gennemsnit får flere ydelser pr. patient end yngre patienter. Aktivitetsstigningen i projektpraksis kan også skyldes, at praksis, grundet aflastning fra Mobilklinikken, i højere grad har fået tid til at varetage patienternes behov og derfor giver flere ydelser.

Hos kontrolpraksis ses overordnet en faldende udviklingstendens i antallet af tilmeldte patienter samtidig med, at aktiviteten pr. kapacitet er lavere under projektperioden ift. før projektperioden. Som tidligere nævnt kan faldet i antal tilmeldte patienter i kontrolpraksis dog have flere forklaringer, som eksempelvis udvidet kapacitet i området.

Yderligere er behandlingskapaciteten i praksis undersøgt ved at se på antallet af patienter, som har kontakt til praksis om måneden pr. kapacitet. Dette, fordi en stigning i antallet af patienter med kontakt til praksis om måneden opgjort pr. kapacitet ville indikere, at Mobilklinikken ville kunne frigive kapacitet til at se flere patienter end tidligere. Projektpraksis har i projektperioden nogenlunde samme antal patienter med praksiskontakt pr. måned pr.

kapacitet sammenlignet med før. Det tyder på, at den tid, som lægerne er i klinikken, mens de medicinstuderende kører sygebesøg med Mobilklinikken, ikke øger det antal af patienter, som praksis kan have kontakt til pr. måned. Dog viser resultaterne, at aktiviteten pr. patient er steget i projektperioden ift. før projektperioden. Det kan indikere, at selvom projektpraksis ikke ser flere patienter om måneden end før projektet, så kan Mobilklinikken eventuelt frigive tid i klinikken til, at der gennemsnitligt kan gives flere ydelser pr. patient. At der gives flere ydelser i projektperioden, kan også hænge sammen med at projektpraksis i 2022 har en større andel 75+ årige tilmeldte patienter end i 2018 (2020 for projektpraksis 4), og at de ældre patienter som nævnt får flere ydelser pr. patient i gennemsnit end de yngre patienter. Hos kontrolpraksis er aktiviteten pr. patient uændret under projektperioden ift. før projektperioden, og de har nogenlunde samme antal patienter med praksiskontakt om måneden før og under projektperioden. Dette til trods for, at de har færre tilmeldte patienter pr. kapacitet under projektperioden ift. før projektperioden, og aktiviteten pr. kapacitet generelt er faldet en smule. Så selvom Mobilklinikken ikke entydigt medfører, at der kommer flere tilmeldte patienter pr. kapacitet i praksis eller øger antallet af patienter, som praksis kan have kontakt til pr. kapacitet om måneden, så peger resultaterne på, at praksis kan øge aktiviteten pr. kapacitet, når de har Mobilklinikken.

Bedre behandlingskvalitet ifm. Mobilklinikken

Som en del af evalueringen blev det undersøgt, om Mobilklinikken kan forbedre kvaliteten af behandlingen til sårbare borgere. Behandlingskvalitet kan ligesom behandlingskapacitet belyses på forskellige måder. I denne evaluering vurderes behandlingskvaliteten ved at se på antal tillægsydelser pr. konsultation med 75+ årige ved henholdsvis sygebesøg og fremmødekonsultationer samt ved at spørge de sundhedsprofessionelle og borgerne om deres syn på behandlingskvaliteten forbundet med besøg med Mobilklinikken.

Et højere antal tillægsydelser er ikke nødvendigvis ensbetydende med bedre kvalitet, men her antages det, at hvis der bliver givet lige mange tillægsydelser ved sygebesøg som ved fysisk fremmøde, så kan det indikere, at de ydelser patienten modtager er sammenlignelige. Det fremgår af afregningsdata, at patienter, der får besøg af Mobilklinikken, får færre tillægsydelser end patienter, der kommer i klinikken. Der sker imidlertid en stigning i antal tillægsydelser pr. sygebesøg hos projektpraksis 3 og 4 under projektperioden sammenlignet med før projektperioden. En stigning i antal tillægs-

ydelser ved sygebesøg, kan potentielt hænge sammen med, at der er kommet mere tid og/eller fokus på at levere ydelser til patienterne samt mere systematik i tilgangen til behandlingen. Det kan også hænge sammen med, at der er bedre mulighed for at levere forskellige tillægsydelser i kraft af Mobilklinikken, fordi elbilen har kunnet fragte mere klinikudstyr og apparater end ved almindelige sygebesøg.

Før indførelse af Mobilklinikordningen har patienterne ikke kunnet blive undersøgt for lige så mange forskellige tilstande i eget hjem, som det er muligt med Mobilklinikken. Her fortæller de praktiserende læger, at de tidligere i nogle tilfælde har måtte indlægge patienten for at få lavet de nødvendige undersøgelser eller rekvirere regionens Mobillab, hvor det har taget længere tid at få taget prøverne. Studier viser, at det er vigtigt for patienter, at de oplever en sammenhæng og koordinering i deres behandlingsforløb samt undgår fragmenterede forløb. Erfaring viser dog, at risikoen for fragmenterede behandlingsforløb og manglende koordinering er højere, når patienterne behandles på tværs af sektorer (4,5). Når projektpraksis i forbindelse med Mobilklinikken og uafhængigt af andre sektorer har haft mulighed for at komme ud og lave flere forskellige undersøgelser, kan det dermed nedbringe risikoen for fragmenterede forløb og manglende koordinering. Det kan medvirke til, at praksis kan levere en bedre behandling til de sårbare ældre med brug af Mobilklinikken. I tråd hermed udtrykker patienterne begejstring for at kunne blive undersøgt og modtage behandling i hjemmet.

I forbindelse med udvælgelsen af patienter til Mobilklinikordningen oplever de sundhedsprofessionelle, at der er kommet mere systematik i deres arbejde, og at der er skabt et bedre overblik over patienterne. Overblikket over patientpopulationen samt muligheden for flere sygebesøg har frigivet ressourcer til, at praksis har kunnet have en mere opsøgende og regelmæssig kontakt til sårbare patienter, som før ordningen kunne være svære at prioritere. Lægerne oplever, at den systematik der er blevet skabt, har betydet, at de bedre kan planlægge undersøgelserne, der laves ved hhv. fremmødekonsultationer og sygebesøg med Mobilklinikken. Et par af de deltagende praksis har oprettet et diagnosekort, hvor lægen planlægger forud, hvilke og hvor hyppige kontroller, patienten skal have, baseret på patientens specifikke diagnose, behov og ønsker. Eksempelvis kommer patienter med demens, apopleksi, atrieflimren og stofskiftesygdomme ind i et system, hvor det fremgår, at de skal ses to gange årligt, og hvor der skal laves udvalgte undersøgelser.

Når der allerede inden patienten henvender sig til lægen, er planlagt hvilke undersøgelser, der skal laves ved næste konsultation, så kan det komme til udtryk i et øget antal tillægsydelser. Den nye systematiske tilgang kan dermed potentielt være en af grundene til, at tre ud af fire projektpraksis har en stigning i antal tillægsydelser pr. fremmødekonsultation blandt 75+ årige patienter. Yderligere kan den systematiske tilgang potentielt være med til at sikre, at lægen ikke overser vigtige kontrolundersøgelser. I tråd hermed oplever lægerne, at de kan levere en bedre behandling til både fremmødte patienter og patienter, der får besøg af Mobilklinikken.

Et koncept med skalerbart potentiale

Som en del af evalueringen blev det undersøgt, om ordningen med Mobilklinikken er et koncept med skalerbart potentiale. Dette er blevet undersøgt med udgangspunkt i de sundhedsprofessionelles perspektiver på administration, økonomi, forudsætninger og udfordringer i forbindelse med ordningen.

Man har med Mobilklinikordningen forsøgt at skabe en ordning, hvor de medicinstuderende har kunnet varetage patientundersøgelser i patientens hjem, imens lægerne sideløbende har kunnet have konsultationer med patienter i klinikken. Dette har man gjort, fordi det i lægedækningstruede områder er væsentligt at kunne tænke i alternative organisatoriske strukturer, som kan være med til at øge behandlingskapaciteten og sikre høj behandlingskvalitet til patienterne. Læger og udkørende personale udtrykker, at det administrative arbejde har været tidskrævende i forbindelse med opstarten og ved udvælgelsen af patienter til ordningen. Efterfølgende, hvor den nye systematik i patienttilgangen og nye arbejdsgange ifm. ordningen var defineret, har sygebesøgene kørt efter et skema, som ikke har krævet særligt administrativt arbejde sammenlignet med konsultationer i praksis. De sundhedsprofessionelle har tværtimod en oplevelse af, at Mobilklinikken har frigivet mere tid i kalenderen og resulteret i mindre overarbejde og bedre trivsel for lægerne og deres praksispersonale.

Læger og praksispersonale i tre projektpraksis har således en oplevelse af, at Mobilklinikken har været med til at optimere deres praksisdrift, idet der har været mulighed for at levere flere ydelser ved brug af medicinstuderende. Den sidste praksis, som kun har haft bilen én dag om ugen og én medicinstuderende til at varetage sygebesøgene, har ikke oplevet en forandring i økonomien, hvilket tyder på, at der kræves fast personaledækning og adgang til bilen flere dage, for at Mobilklinikken er økonomisk rentabel

for praksis. Yderligere har lægerne og praksispersonalet en hypotese om, at ordningen kan være en økonomisk gevinst for sundhedsvæsenet i form af sparede behandlinger og indlæggelser, fordi de regelmæssige besøg har potentiale til at opspore tidlig sygdom, og dermed fungere forebyggende for mere omfattende og dyre behandlinger. Hvorvidt sygebesøgene i almen praksis vil afspejle sig i besparelser i sygehusvæsenet gennem eksempelvis forebyggelse af indlæggelser, er ikke undersøgt i nærværende evaluering, og en besvarelse på dette spørgsmål vil kræve en mere omfattende evaluering af ordningen med flere deltagende praksis samt indhentning af data fra registre. Hypotesen om, at sygebesøg kan forebygge indlæggelser, understøttes imidlertid af et studie fra Aarhus Universitet, som finder, at jo hyppigere sygebesøg, en borger får, jo færre indlæggelser vil vedkommende have, og jo kortere tid vil borgeren bruge på hospitalet (6).

De deltagende praksis har haft forskellige organisationsstrukturer i form af praksisstørrelse, praksisform og antal studerende ansat som udkørende personale. Trods forskelle på tværs af praksis giver alle deltagende praksis udtryk for, at Mobilklinikken har frigivet mere tid i kalenderen og resulteret i mindre overarbejde og bedre trivsel. Der synes på baggrund af dette ikke at være nogle praksisformer, for hvem en Mobilklinik vil være mindre fordelagtig. Dog kræves der fast personaledækning til sygebesøgene og adgang til bilen flere dage, for at ordningen skal kunne optimere praksisdriften. Yderligere antages det, at ordningen vil være mest gavnlig for praksis med en høj andel 75+ årige tilmeldte patienter, da denne patientgruppe ofte har flere komplekse problemstillinger, der forhindrer dem i at møde op i klinikken, sammenlignet med yngre patienter.

Forbehold i forhold til evalueringens resultater

Der er flere forbehold, der bør tages højde for i evalueringen. Patientpopulationens alder er ikke sammenlignelig mellem projektpraksis og kontrolpraksis. Projektpraksis' patientpopulation er i gennemsnit ældre end patientpopulationen i kontrolpraksis. To læger har endvidere politisk arbejde ved siden af praksis, hvorved de har fået kompensation til at have færre patienter i praksis end den mindstegrænse, som er besluttet i overenskomsten. Derudover er der organisatoriske forskelle imellem praksis i form af praksispersonale, praksisstørrelse og praksisform. Disse forskelle er der taget højde for i gennemgangen og drøftelserne af resultaterne, mens der ikke er taget højde for dem i analyserne. Resultaterne omkring økonomi er i evalueringen baseret på interviewdata, og en mere præcis besvarelse på, om en

Mobilklinik er økonomisk bæredygtig for praksis, vil kræve en mere omfattende evaluering af ordningen.

Konklusion og perspektivering

Evalueringen viser, at Mobilklinikken ikke øger behandlingskapaciteten i form af entydigt stigende antal tilmeldte patienter pr. kapacitet i praksis sammenlignet med før, ligesom ordningen ikke øger antallet af patienter, som praksis har kontakt med pr. kapacitet om måneden. Mobilklinikordningen frigiver dog behandlingskapacitet i form af øget aktivitet i praksis, hvilket kommer til udtryk i en stigende aktivitet pr. patient med praksiskontakt om måneden og aktivitet pr. kapacitet i praksis.

Behandlingskvaliteten øges i løbet af projektperioden i to projektpraksis i form af et stigende antal tillægsydelser pr. sygebesøg og øges i tre praksis i form af et stigende antal tillægsydelser pr. fremmødekonsultation. Endvidere er der i forbindelse med implementeringen af ordningen skabt en ny systematik i praksis, som giver lægerne et bedre overblik over deres sårbare patienter, hvilket resulterer i, at de kan have en mere opsøgende tilgang overfor udsatte patienter og generelt være mere opmærksomme på patienternes problematikker. Læger og praksispersonale oplever, at en mere systematisk tilgang har forbedret behandlingen i praksis, og at tilbuddet om sygebesøg har øget kvaliteten af behandlingen til de mest sårbare ældre borgere. Patienterne er glade for at undgå den for dem uoverskuelige situation med transport til lægen, og at de kan behandles i hjemmet. Fysiske møder med lægen kan dog blive færre, fordi prøvesvar ofte sker telefonisk, hvilket kan føles som et afsavn for enkelte patienter, som har brug for at tale om sorg eller andre problematikker.

Administration ifm. Mobilklinikken opleves kun at fylde i opstartsperioden, når patienter til tilbuddet skal udvælges, og nye arbejdsgange skal tilvænnes. Forudsætningen for en velfungerende ordning, når en bil skal deles mellem flere praksis, er god kommunikation på tværs af praksis. Tre praksis oplever, at Mobilklinikken har optimeret deres praksisdrift, og den sidste praksis, som kun har haft bilen én dag om ugen og én medicinstuderende til at varetage sygebesøgene, oplever ikke en forandring. For at ordningen skal have en positiv betydning for praksisdriften, vurderes det derfor, at der bør være fast personaledækning og adgang til bilen flere dage. Trods forskelle på tværs af praksis giver alle deltagende praksis udtryk for, at Mobilklinikken har frigivet mere tid i kalenderen og resulteret i mindre overarbejde samt bedre trivsel. Der synes på den baggrund ikke at være nogle praksisformer, for hvem en Mobilklinik vil være mindre fordelagtig. Derfor vurderes Mobilklinikken at være et koncept med skalerbart potentiale. Særligt vil en Mobilklinik være relevant for praksis med en høj andel 75+ årige, da denne

patientgruppe ofte har komplekse problemstillinger, der forhindrer dem i at møde op i klinikken.

Referencer

1. Nye løsninger i almen praksis skal sikre lægedækning | Danske Patienter [Internet]. [henvist 4. januar 2023]. Tilgængelig hos: https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/nye-loesninger-i-almen-praksis-skal-sikre-laegedaekning
2. Praktiserende Lægers Organisation. PLO Analyse Behov for 5.000 praktiserende læger i 2030. PLO Analyse Behov for 5000 praktiserende læger i 2030. :5.
3. Region Hovedstaden. Lægedækningstruede områder [Internet]. [henvist 4. januar 2023]. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/praksis/info-om-praksis/Sider/Laegedaekningstruede-omraader.aspx
4. Forløbskoordination | Danske Patienter [Internet]. [henvist 29. marts 2023]. Tilgængelig hos: https://danskepatienter.dk/politik-presse/politiske-holdninger/forloebskoordination
5. Boye LK, Mogensen CB, Mechlenborg T, Waldorff FB, Andersen PT. Older multimorbid patients' experiences on integration of services: a systematic review. BMC Health Serv Res. december 2019;19(1):795.
6. Winthereik AK, Hjertholm P, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P. Propensity for paying home visits among general practitioners and the associations with cancer patients' place of care and death: a register-based cohort study. Palliat Med. februar 2018;32(2):376–83.

Bilag

Bilag 1 - Interviewguide til praktiserende læger

Introduktion

- Præsentation af interviewer

Formålet med interviewet

- Formålet med interviewet er at undersøge, om Mobilklinikken, som drives inden for overenskomstens rammer, kan frigive behandlingskapacitet i almen praksis i lægedækningstruede områder. Derudover er formålet at forbedre behandlingskvaliteten for de ældre, kronikere eller andre patientgrupper, som ikke kan eller har vanskeligt ved at møde fysisk op i praksis.
- Vi vil tale med læger, udekørende Mobilklinik-personale og borgere, der alle har haft forskellige oplevelser med Mobilklinikken, og som kan belyse den fra forskellige vinkler.
- Du er blevet spurgt, om du vil deltage, fordi du arbejder som læge i almen praksis. Ved at dele din erfaring, gør du os klogere på, hvad der fungerer og ikke fungerer, og dermed om Mobilklinikken har potentiale til at blive en fast del af almen praksis behandlingen.
- Jeg er meget interesseret i at høre om alle dine oplevelser og erfaringer, og det er vigtigt for mig at understrege, at der ikke er rigtige eller forkerte svar.

Generelle oplysninger

- Varighed: 20-30 minutter
- Optagelse på digital lydfil og transskribering
- Anonymitet, navn og andre personhenførbare oplysninger vil ikke fremgå noget sted
- Retten til at afbryde interviewet undervejs – du kan til enhver tid bede om, at vi stopper samtalen, hvis du synes, at det bliver for meget
- Samtykke
- Har du spørgsmål inden vi starter?

Spørgeguide

I den konkrete interviewsituation får informanten mulighed for indledningsvist at fortælle om sin profession og sine arbejdsopgaver. Senere følges op med spørgsmål, der omhandler erfaringen med Mobilklinikken, herunder fordele, ulemper og eventuelle udfordringer.
Generelt stilles opfølgende spørgsmål til det, som informanten fortæller, og der gøres i den forbindelse brug af følgende teknikker:

- Eksempel-spørgsmål: *'Når du siger … , kan du så prøve at give et eksempel på, hvad det vil sige, at……?'* eller *'Kan du give et eksempel/kan du prøve at beskrive det lidt nærmere?'*
- Echo probing: *'Så talte du med patienten, fordi han havde det dårligt, hvad skete der så?'*
- Hv-spørgsmål: *hvad, hvem, hvor, hvorfor, hvordan, …*

Indledende spørgsmål

1. Vil du starte med at fortælle hvor længe du har arbejdet som praktiserende læge?
    a. Hvor længe har du været i den praksis, hvor du arbejder nu?
2. Hvordan ser en typisk arbejdsdag ud for dig?

Mobilklinik

3. Hvor ofte kører Mobilklinikken?
    a. Hvilke ugedage?
4. Kan du mærke forskel på arbejdsdagen nu sammenlignet med før Mobilklinikken kørte?
    a. [Hvis ja] Er der mere tid og ressourcer til patienterne i klinikken, nu hvor nogle af de mest funktionssvækkede borgere bliver behandlet derhjemme?
5. Hvordan håndterede I Mobilklinikkens målgruppe før i tiden?
6. Har I åbnet op for flere patienter i praksissen?
    a. [Hvis nej] Hvordan kan det være?
7. Hvilken administration kræver Mobilklinikken ift. normal praksis?

8. Hvordan administrerer I Mobilklinikken sideløbende med klinikkens administration?
9. Hvor mange timer om ugen vil du tro går til administration [af Mobilklinik]?
10. Oplever du, at der er en økonomisk gevinst ved brug af Mobilklinikken?
    a. [Hvis ja/nej] Hvad skyldes det?
11. Har du oplevet nogle udfordringer ved Mobilklinikken?
12. Kan du nævne nogle fordele ved Mobilklinikken?

Om patienterne

13. Er din oplevelse, at borgerne, der får behandling fra Mobilklinikken, er tilfredse?
14. Er du som læge i kontakt med nogle af borgerne fra Mobilklinikken, selvom de bliver behandlet derhjemme?
    a. [Hvis ja] Er det dig, der kontakter dem, eller dem, der kontakter dig? [eller forskelligt].
15. Mener du, at Mobilklinik besøget kan erstatte en konsultation hos dig som læge?
    a. Kommer borgeren til at mangle noget information?
16. Oplever du, at patienterne får mere (eller mindre) behandling, end da de skulle møde op i praksis?
    a. Har I bedre kontrol med dem, der tilses af Mobilklinikken nu, end I havde før Mobilklinikken var en mulighed?
17. Får patienterne fra Mobilklinikken den samme behandling, som da de mødte fysisk op til konsultation?
18. Har Mobilklinik-personalet faste patienter, så det er de samme personer, patienterne får på besøg?
    a. [Hvis ja/nej] Hvad har jeres tanker været omkring det?
19. Til sidst vil jeg høre, om du mener, at det kan betale sig at gøre Mobilklinikken til en fast del af almen praksis?

Afslutning.

Interviewguide til udekørende personale

Introduktion

- Præsentation af interviewer

Formålet med interviewet

- Formålet med interviewet er at undersøge, om Mobilklinikken, som drives inden for overenskomstens rammer, kan frigive behandlingskapacitet i almen praksis i lægedækningstruede områder. Derudover er formålet at forbedre behandlingskvaliteten for de ældre, kronikere eller andre patientgrupper, som ikke kan eller har vanskeligt ved at møde fysisk op i praksis.
- Vi vil tale med læger, udekørende Mobilklinik-personale og patienter, der alle har haft forskellige oplevelser med Mobilklinikken, og som dermed kan belyse den fra forskellige vinkler.
- Du er blevet spurgt, om du vil deltage, fordi du bl.a. arbejder som udekørende Mobilklinik-personale i almen praksis. Ved at dele din erfaring, gør du os klogere på, hvad der fungerer og ikke fungerer, og dermed om Mobilklinikken har potentiale til at blive en fast del af almen praksis behandlingen.
- Jeg er meget interesseret i at høre om alle dine oplevelser og erfaringer, og det er vigtigt for mig at understrege, at der ikke findes hverken rigtige eller forkerte svar.

Generelle oplysninger

- Varighed: 20-30 minutter
- Optagelse på digital lydfil og transskribering
- Anonymitet, navn og andre personhenførbare oplysninger vil ikke fremgå noget sted
- Retten til at afbryde interviewet undervejs – du kan til enhver tid bede om, at vi stopper samtalen, hvis du synes, at det bliver for meget
- Samtykke
- Har du spørgsmål inden vi starter?

Spørgeguide

I den konkrete interviewsituation får informanten mulighed for indledningsvist at fortælle om sin profession og sine arbejdsopgaver. Senere følges op med spørgsmål, der omhandler erfaringen med Mobilklinikken, herunder fordele, ulemper og eventuelle udfordringer.
Generelt stilles opfølgende spørgsmål til det, som informanten fortæller, og der gøres i den forbindelse brug af følgende teknikker:

- Eksempel-spørgsmål: *'Når du siger … , kan du så prøve at give et eksempel på, hvad det vil sige, at……?'* eller '*Kan du give et eksempel/kan du prøve at beskrive det lidt nærmere?'*
- Echo probing: *'Så talte du med patienten, fordi han havde det dårligt, hvad skete der så?'*
- Hv-spørgsmål: *hvad, hvem, hvor, hvorfor, hvordan, …*

Indledende spørgsmål

1. Vil du starte med at fortælle, hvad du arbejder med hos [navn på almen praksis]?
    a. Hvor længe har du været i den praksis?
2. Hvordan ser en typisk arbejdsdag ud for dig når du kører Mobilklinik?

Mobilklinik

3. Hvordan har Mobilklinikken ændret din arbejdsgang ift. før ordningen?
4. Hvor mange patienter når du ca. ud til på en dag, når du kører med Mobilklinikken?
5. Hvor ofte kører Mobilklinikken? [ugedage]
6. Hvordan fordeler I kørslen mellem personalet? [kører man til de samme faste patienter eller forskellige]

    a. Hvad har jeres overvejelser været omkring faste/forskellige patienter?
7. Hvilken administration kræver Mobilklinikken ift. vanlig praksis?
    a. Hvor mange timer om ugen vil du tro går til administration [af Mobilklinik]?
8. Oplever du, at der er en økonomisk gevinst ved brug af Mobilklinikken?
    a. [Hvis ja/nej] Hvad skyldes det?
9. Har du oplevet nogle udfordringer ved Mobilklinikken?
10. Har du oplevet nogle fordele ved Mobilklinikken?

Om borgerne

11. Er din oplevelse, at patienterne du møder i Mobilklinikken er tilfredse?
12. Hvad gør du, hvis du bliver stillet et spørgsmål, som du ikke kan svare på?
13. Mener du, at Mobilklinik besøget kan erstatte en konsultation hos almen praksis?
14. Har I bedre kontrol med de borgere, der tilses af Mobilklinikken nu, end I havde før Mobilklinikken var en mulighed?
    a. [Hvis ja/nej] Hvordan kan det være?
15. Har du en fornemmelse af, om patienterne får mere, mindre eller samme behandling nu sammenlignet med før Mobilklinik-ordningen?
16. Hvilken kontakt ville I have haft med de funktionssvækkede borgere, hvis ikke Mobilklinikken kørte?
17. Til sidst vil jeg høre, om du mener at det kan betale sig at gøre Mobilklinikken til en fast del af almen praksis?

Afslutning.

Interviewguide til patienter

Introduktion

- Præsentation af interviewer

Formålet med interviewet

- Formålet med interviewet er at undersøge, om Mobilklinikken kan erstatte fremmøde hos egen læge for mennesker som dig. Det vil bl.a. blive vurderet ud fra dine oplevelser af kvalitet, fordele, ulemper og eventuelle udfordringer ved Mobilklinikken.
- Vi vil tale med læger, udekørende Mobilklinik-personale og mennesker, der alle har haft forskellige oplevelser med Mobilklinikken, og som dermed kan belyse den fra forskellige vinkler.
- Du er blevet spurgt, om du vil deltage, fordi du enten har kronisk sygdom eller af andre årsager har vanskeligt ved at møde op hos din egen læge. Ved at dele din erfaring, gør du os klogere på, hvad der fungerer og ikke fungerer, og dermed om Mobilklinikken har potentiale til at blive en fast del af almen praksis behandlingen.
- Jeg er meget interesseret i at høre om alle dine oplevelser og erfaringer, og det er vigtigt for mig at understrege, at der ikke findes hverken rigtige eller forkerte svar.

Generelle oplysninger

- Varighed: 20-30 minutter
- Optagelse på digital lydfil og transskribering
- Anonymitet, navn og andre personhenførbare oplysninger vil ikke fremgå noget sted
- Retten til at afbryde interviewet undervejs – du kan til enhver tid bede om, at vi stopper samtalen, hvis du synes, at det bliver for meget
- Samtykke
- Har du spørgsmål inden vi starter?

Spørgeguide

I den konkrete interviewsituation får patienten mulighed for indledningsvist at fortælle sin sygdomshistorie, netop som vedkommende selv ønsker. Senere følges op med spørgsmål, der omhandler erfaringen med Mobilklinikken, herunder fordele, ulemper og eventuelle udfordringer.
Generelt stilles opfølgende spørgsmål til det, som patienten fortæller, og der gøres i den forbindelse brug af følgende teknikker:

- Eksempel-spørgsmål: *'Når du siger … , kan du så prøve at give et eksempel på, hvad det vil sige, at……?'* eller *'Kan du give et eksempel/kan du prøve at beskrive det lidt nærmere?'*
- Echo probing: *'Så ringede du til lægen, fordi du havde det dårligt, hvad skete der så?'*
- Hv-spørgsmål: *hvad, hvem, hvor, hvorfor, hvordan, …*

Indledende spørgsmål

18. Vil du starte med at fortælle din alder og dine helbredsmæssige udfordringer?
    a. [Hvis specifik begrænsning:] Havde du den begrænsning inden Mobilklinikken blev en mulighed for et par år siden?

Mobilklinik

19. Hvor længe har du haft din nuværende læge?
20. Hvor ofte har du haft besøg af Mobilklinikken?
21. Er det oftere, end du så din læge, før Mobilklinikken var en mulighed?
22. Minder behandlingen om den, du har fået hos egen læge, når du er kommet der?
23. Er der noget, du får mere eller mindre af nu, hvor behandlingen kommer i en Mobilklinik?

24. Oplever du, at der er mere eller mindre tid, når Mobilklinikken er hos dig, sammenlignet med når du har besøgt din egen læge?
25. Hvad har det af betydning for dig, at Mobilklinikken besøger dig, og du ikke behøver at møde fysisk op i praksis?
    a. Har du oplevet nogle udfordringer ved Mobilklinikken?
    b. Har du oplevet nogle fordele ved Mobilklinikken?
26. Føler du dig tryg ved at få besøg af Mobilklinikken?
27. Har du kunnet stille de samme spørgsmål, som hvis du havde været hos din egen læge?
    a. [Hvis ja] Oplever du, at Mobilklinikken har kunnet svare på dine spørgsmål? [Hvis nej] Hvad har du så gjort?
28. Er det den samme eller forskellige personer fra din læges praksis, der kommer hjem til dig?
    a. Hvilken betydning har det for dig?
    b. Føler du, at det kan erstatte et besøg hos lægen?
29. Til sidst vil jeg høre, om du ville foretrække, hvis Mobilklinikken fortsatte med at komme hjem til dig?

Afslutning.

Bilag 2 – Tillægsydelser

Gruppe 1 sikrede, 75 år eller derover, som har modtaget tillægsydelser i perioden april 2018 august 2022.
Ydelser er givet mandag - fredag og ekskluderer dermed ydelser givet i weekenden.

Tillægsydelser vedrører:
2101 - Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse
2105 - Fjernelse af fremmedlegemer fra øje, øregang, næse, svælg
2109 - Anlæggelse af immobiliserende bandager
2112 - Første større sårbehandling
2113 - Biopsi m. efterfølgende mikropisk undersøgelse hos patolog, inkl. Forsendelse
2117 - Fjernelse af subcutane-/dybereliggende svulster inkl. Forsendelse til patolog
2118 - Operation for dybereliggende betændelse
2119 - tapning af væske større led i terapeutisk øjemed ej diagn/indsprøjtning 2131 - Ligsyn med udstedelse af dødsattest
2133 - Podning til dyrkning, indsendt prøve
2134 og 2135 – dødsattester
2138 - Instruktion og udlevering af væske- og vandladningsskema
2146 – Hjemmeblodtryksmåling
2149 - Diagnostisk opred. og opfølgning

OBS - Der er her kun inkluderet de ydelser, som også kan gives i forbindelse med sygebesøg. Der er dermed ikke inkluderet tillægsydelser, som kun kan udføres i klinikken. Tillægsydelserne, som er inkluderet, er de samme for både projekt- og kontrolpraksis.

Region Hovedstaden
Region Hovedstaden
Koncerncentre

Telefon:
E-mail: