

MTV-rapport

Indvandrermedicinsk Klinik (IMK)

Hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk



April 2014

Afdelingen for Kvalitet og Forskning/MTV

Indvandrermedicinsk Klinik (IMK)

Hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk

©Odense Universitetshospital (OUH), Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV

Udgivet af:

Odense Universitetshospital, Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV, april 2014

Versionsdato: 25.04.14

Rapporten kan downloades fra: <http://www.ouh.dk/wm348531>

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Anne Mette Ølholm

Odense Universitetshospital
Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV
Sdr. Boulevard 29, Indgang 102, 3. sal
5000 Odense C

Telefon: 30 46 08 95

E-mail: anne.mette.oelholm@rsyd.dk

Janne Buck Christensen

Odense Universitetshospital
Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV
Sdr. Boulevard 29, Indgang 102, 3. sal
5000 Odense C

Telefon: 21 15 79 97

E-mail: janne.christensen@rsyd.dk

Stor tak til:

- **Johan Wallin**, Forskningsbibliotekar og læge, Syddansk Universitetsbibliotek, for hjælp til udformning af søgestrategi.
- **Mette Lindholm Eriksen**, Ph.d.-studerende, Arbejdsmedicinsk Klinik, Hospitalsenheden Vest, Århus Universitetshospital, for hjælp til søgning og systematisk gennemgang af litteratur.
- **Jørgen Trankjær Lauridsen**, Professor, COHERE & Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet, for vejledning i forbindelse med registerstudiet.
- **Iben FASTERHOLDT**, MTV-konsulent og Ph. D-studerende, Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV, Odense Universitetshospital, for vejledning i forbindelse med registerstudiet.
- **Anja Trudslev**, Sundhedskonsulent, SAND – Sundhedsanalyse- og dokumentationsenheden, Odense Kommune, for hjælp med adgang til kommunale data.
- **Mette Birk-Olsen**, Specialkonsulent, SAND – Sundhedsanalyse- og dokumentationsenheden, Odense Kommune, for hjælp med adgang til kommunale data.
- **Jesper Hallas**, Professor og overlæge, Klinisk Farmakologi, Syddansk Universitet, for hjælp med adgang til data fra OPED.
- **Ditlev Granhøj Jensen**, Datamanager, Afdeling for Økonomi og Planlægning, Odense Universitetshospital, for hjælp med adgang til sygehusdata.

Til nærværende MTV-rapport knytter sig en bilagsrapport med diverse bilag og outputs fra registerstudiet. Bilagsrapporten kan downloades her: <http://www.ouh.dk/wm348531>

Indhold

Resumé	1
1. Baggrund	4
1.1 Problemstilling.....	5
1.2 Introduktion til Indvandrermedicinsk Klinik (IMK)	10
1.3 Formål.....	11
2. Evalueringstilgang	12
2.1 Medicinsk teknologivurdering (MTV)	13
2.1.1 MTV-spørgsmål	13
3. Metode	15
3.1 Delstudie 1: Systematisk litteraturstudie	15
3.1.1 Søgestrategi og litteratursøgning	15
3.1.1.1 Resultater af litteratursøgningsprocessen	18
3.1.2 Vurdering og sortering af litteratur.....	18
3.1.2.1 Processen med og resultatet af litteratursøgning og -sortering	19
3.2 Delstudie 2: Registerstudie.....	22
3.2.1 Formål	22
3.2.2 Design og population.....	22
3.2.3 Data	23
3.2.4 Statistisk analyse	27
4. Resultater	29
4.1 Teknologi	29
4.1.1 Indvandrermedicinsk Klinik (IMK)	29
4.1.2 Resultater af systematisk litteraturstudie.....	35
4.1.3 Resultater af registerstudie.....	42
4.2 Patient	47
4.3 Organisation	48
4.4 Økonomi	49
4.4.1 Resultater af systematisk litteraturstudie.....	49
4.4.2 Resultater af registerstudie	52
5. Diskussion og metodiske overvejelser	54
6. Konklusion og anbefalinger	57
Referencer	59

Oversigt over rapportens bokse, figurer og tabeller

Bokse

- Boks 1: Illustrative patientudsagn fra IMK (s. 5)
- Boks 2: Cases fra IMK, der illustrerer forekomsten af samtidige barrierer, som medvirker til u hensigtsmæssige patientforløb for patienter af anden etnisk herkomst end dansk (s. 8).

Figurer

- Figur 1: Illustration af mulige sammenhænge mellem karakteristika ved patient, behandler og system, forekomsten af barrierer og opnåede resultater for patienter af anden etnisk herkomst end dansk (s. 6).
- Figur 2: Logisk model for IMKs indsats (s. 12).
- Figur 3: Antal hits fordelt på faser i litteratursøgnings- og sorteringsprocessen (s. 19).
- Figur 4: Illustration af længden af perioder for 3 forskellige patientforløb hos IMK (s. 23).
- Figur 5: Typer og forbrug af socialrådgiver-ydelser for 267 patienter i IMK fra 2008-2013 (s. 33).
- Figur 6: Den overordnede aktivitetsstruktur i IMK (s. 34).
- Figur 7: Illustration af studiedesign i Goldberg et al. (32), (s. 37).
- Figur 8: Patientgruppens aldersfordeling (s. 43).
- Figur 9: Fordelingen af patienter på det gennemsnitlige antal af indlæggelser pr. person pr. år i registerstudiets observationsperiode (2007-2011), (s. 47).

Tabeller

- Tabel 1: Anvendte søgeord og databaser fordelt på PICO-dimensioner (og MTV-elementer), (s. 16).
- Tabel 2: Antal hits fordelt på databaser, PICO-dimensioner og MTV-elementer (s. 18).
- Tabel 3: Anvendte registre og databaser i registerstudiet (s. 23).
- Tabel 4: Indholdet i/typen af kommunale ydelser (s. 24).
- Tabel 5: Gruppen af ydere i sygesikringsregisteret (s. 25).
- Tabel 6: Patientgruppens offentlige forsørgelsesydelser og gruppering heraf fra DREAM-databasen (s. 26).
- Tabel 7: Eksempler fra IMK på særlige helbreds mæssige (og relaterede) problemstillinger hos patientgruppen (s. 31).
- Tabel 8: Antallet af patienter, der påbegyndte og gennemførte behandling for latent tuberkulose før og efter introduktion af "Cultural Case Management" i Goldberg et al (32), (s. 38).
- Tabel 9: Resultater af forskellige interne faggruppers vurdering af patienters bevægelse mellem kategorier (s. 39).
- Tabel 10: Resultater af interviewundersøgelse blandt kommunale sagsbehandlere med borgere i forløb hos IMK (s. 40).
- Tabel 11: Resultater af spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger med patienter i forløb hos IMK (s. 41).
- Tabel 12: Eksempler på kommentarer fra praktiserende læger, når adspurgt om IMKs indsats (s. 41).
- Tabel 13: Patientgruppens kønsfordeling (s. 42).
- Tabel 14: Minimum, maksimum og gennemsnitlig alder i patientgruppen (s. 42).
- Tabel 15: Patientgruppens forbrug af forskellige typer af ydelser henholdsvis før, under og efter, de har været i forløb hos IMK (justeret), (s. 44).
- Tabel 16: Patientgruppens forbrug af forskellige typer af ydelser henholdsvis før, under og efter, de har været i forløb hos IMK (justeret), (s. 45).
- Tabel 17: Eksempler på patientgruppens udsagn ved henholdsvis indledende og afsluttende samtaler i IMK (s. 48).
- Tabel 18: Budget og normering for IMK i 2012 (s. 50).
- Tabel 19: Forventede omkostninger og økonomiske gevinster som følge af introduktionen af hospitalsbaseret forløbskoordination for 2 typiske patienter ved IMK (s. 51).

Resumé

Introduktion, formål og metode

En etnisk mere heterogen befolkning præget af forskelligartede sproglige, sociale og kulturelle forhold og med anderledes dødsårsags- og sygdomsmønstre, atypisk præsentation af almindelige sygdomme og ofte flere uafklarede problemer af helbredsmæssig og social karakter, stiller sundhedsvæsenet over for en række nye udfordringer. Erfaringer viser, at de komplekse og sammensatte helbredsproblemer blandt patienter af anden etnisk herkomst end dansk kun vanskeligt håndteres i normalsystemet, og patienterne risikerer at kuldsejle i systemet i årevis uden at få de(n) korrekte diagnose(r) og behandling.

Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) blev i 2008 etableret som et ambulatorium i tilknytning til Infektionsmedicinsk Afdeling Q på Odense Universitetshospital (OUH). Det skete på baggrund af en stigende erkendelse af, at der eksisterer en betydelig gruppe af patienter af anden etnisk herkomst end dansk, som ikke har adgang til forebyggelse, behandling og rehabilitering på samme niveau som etnisk danske patienter. IMK udgør en mulig tværfaglig model for, hvordan en specialiseret indsats for denne sårbare patientgruppe kan etableres i sygehusregi, og med henblik på at dokumentere effekterne af klinikkens indsats gennemføres en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Med det formål at redegøre for den foreliggende evidens vedrørende de kliniske, patientmæssige, organisatoriske og økonomiske effekter af hospitalsbaseret forløbskoordination som praktiseret ved IMK for patienter af anden etnisk herkomst end dansk gennemføres et systematisk litteraturstudie (delstudie 1), mens effekten af klinikkens samlede indsats på patientgruppens forbrug af offentlige ydelser undersøges ved hjælp af et registerstudie (delstudie 2).

Systematisk litteraturstudie

Resultaterne af det systematiske litteraturstudie viser, at IMK formentlig er den eneste af sin slags i Europa. Som konsekvens heraf er den videnskabelige evidens for effekterne af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk, som gennemført ved IMK, særdeles sparsom. Den internationale forskning på området har primært været præget af få og begrænsede forskningsindsatser med fokus på migranternes og etniske minoriteters sundhed og sygdomsmønstre samt sundhedsvæsenets struktur, funktion og effekt. Undersøgelser viser, at netop holdningen til, hvori problemerne med etniske minoritetspatienter specifikt består, hvad der bør gøres og hvorfor, varierer fra land til land og er tæt knyttet til oplevelsen af konkrete praktiske problemstillinger. Afgørende herfor er landenes migrationsmønstre og minoritetsgruppernes karakteristika, herunder deres sammensætning, sygdomsmønstre og status, hvorfor løsningsmodeller ikke ukritisk kan overføres fra en kontekst til en anden.

Specifikt for Danmark gælder, at forskningen primært har været koncentreret om sygdomsmønstre og kontaktmønstre til sundhedsvæsenet for forskellige indvandrergrupper, psykiske traumer og specielle sygdomme samt om (mangelfuld) kontakt og kommunikation mellem behandlere og patienter på tværs af sprogforskelle, værdier og holdninger. Litteraturen omkring etniske minoriteters sundhed i Danmark dækker bredt, men der findes få evalueringer af effekten af sundhedsfremmende indsatser som IMK rettet mod etniske minoritetsgrupper.

Det faktum, at der formentlig ikke findes tilsvarende hospitalsbaserede klinikker forklarer – sammen med et andet fokus i den internationale og nationale forskning – det sparsomme fund af relevant litteratur i det systematiske litteraturstudie, hvor fokus netop har været på *effekten* af indsatser sammenlignelige med IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination. Et enkelt videnskabeligt studie af en forholdsvis sammenlignelig multikulturel og mangefacetteret 'Cultural Case Management'-tilgang (CCM) til kontrol og behandling af latent tuberkulose blandt nyankomne flygtninge, blev inkluderet som en del af evidensgrundlaget i denne MTV. Resultaterne heraf viste, at flygtninge, der blev tilbudt CCM opnåede statistisk signifikant bedre resultater i forhold til at påbegynde og gennemføre behandlingen sammenlignet med før CCM blev indført. Der er imidlertid tale om et simpelt før/efter-studie, hvor ændringer i andre faktorer end indførelsen af CCM-tilgangen kan forklare de observerede forskelle over tid.

En stor del af litteraturen, der omhandler Patient Navigation (PN) og Case Management (CM) stammer fra USA, hvor sundhedsvæsenets organisering eller patientgruppens sammensætning sjældent er direkte sammenlignelige med danske forhold. Litteraturen udgøres desuden typisk af mindre demonstrationsprojekter uden kontrolgruppe eller randomisering og med en lille stikprøvestørrelse. Dertil kommer, at interventionerne ofte er sammensat af en række adskilte delindsatser – nogle mere forenelige med IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination end andre. Disse delindsatser evalueres typisk under ét som en del af en samlet indsatspakke, hvilket umuliggør isolation af effekten af præcis de delindsatser, der er direkte sammenlignelige med elementerne i IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination.

Interne evalueringer fra IMK

I erkendelse af den manglende videnskabelige evidens for effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination har IMK gennemført en række små interne evalueringer af egen indsats, som generelt vidner om positive resultater af den hospitalsbaserede forløbskoordination – både for patienternes helbredsstatus og det tværsektorielle samarbejde omkring patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Således opnår 2/3 af patienterne ifølge IMKs personale en forbedret helbredstilstand som følge af indsatser i IMK. Tilsvarende vurderede størstedelen af såvel kommunale sagsbehandlere og praktiserende læger med borgere/patienter tilknyttet IMK, at de fik et bedre overblik over patienternes forløb og problemstillinger samt lettet deres arbejde hermed. Det skal imidlertid bemærkes, at disse interne undersøgelser er af lavt evidensniveau, inkluderer forholdsvis få respondenter eller patientforløb og for nogle er foretaget af interne medarbejdere fra IMK.

Økonomi

Hospitalsbaseret forløbskoordination er som organisatorisk tiltag komplekst og mangefacetteret, og selve interventionens indhold, tilrettelæggelse og involverede aktører afhænger af patientens specifikke karakteristika og problemstillinger. Dette vanskeliggør opstillingen af et generelt og fyldestgørende billede af hospitalsbaseret forløbskoordination, hvor alle mulige organisatoriske forudsætninger for og konsekvenser af tiltaget indfanges. Tilsvarende svært er det at liste op og inkludere alle tænkelige relevante omkostninger og gevinster, som bør inkluderes i en samfundsøkonomisk evaluering af indsatsen. Der er i det systematiske litteraturstudie ikke identificeret fulde økonomiske evalueringer af relevans for økonomiperspektivet, men et internt notat fra IMK viser, at det i 2012 kostede ca. 2,4 mio. kr. i lønudgifter at drive klinikken. Ifølge det interne notat er klinikken som følge af en uforholdsmæssig lav aktivitetsbestemt finansiering årligt underfinansieret med 2,8 mio. kr., hvis også udgifter til udvikling og udbredelse af erfaringer inkluderes.

Registerstudie

Resultaterne af registerstudiet viser, at der for nogle ydelser sker en stigning i patientgruppens forbrug efter at have modtaget behandling ved IMK, mens der for andre ydelser sker et fald. Specifikt ses et væsentligt statistisk signifikant fald i antallet af medicinindløsninger, og i særdeleshed i antallet af offentlige forsørgelsesydelser modtaget over tid. Tilsvarende findes et statistisk signifikant fald i patientgruppens forbrug af skadestuebesøg fra før til efter, mens der modsat ses statistisk signifikante stigninger i forbruget af akutte indlæggelser generelt og akutte somatiske indlæggelser specifikt.

Datagrundlaget er dog forholdsvis beskedent og registerstudiet er forbundet med nogle metodiske problemer, hvorfor der ikke er foretaget omfattende beregninger af de økonomiske konsekvenser forbundet med IMKs samlede indsats på baggrund her af. Fordelingen af disse forbrugsdata er typisk kritisk skæv ofte med ekstreme observationer, hvilket betyder, at få patienter i mange tilfælde er ansvarlige for størstedelen af ydelsesforbruget. Resultaterne af registerstudiet tyder dog på, at indsatsen kan være forbundet med økonomiske gevinster for især kommunerne, idet der ses et væsentligt statistisk signifikant fald i forbruget af offentlige forsørgelsesydelser. Med forbehold for registerstudiet metodiske problemer, ser det ud til, at der med introduktionen af IMKs indsatspakke for hver patient kan spares ca. 12 ugers offentlig forsørgelse om året.

Konklusion

Opsummerende kan det konkluderes, at der formentlig ikke eksisterer sammenlignelige hospitalsbaserede tilbud, og dermed er den videnskabelige evidens og interne dokumentation for sparsom og evidensniveauet for lavt til at komme med et endegyldigt svar på spørgsmålene om effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination på patientgruppens livskvalitet, compliance, evne til egenomsorg og ikke mindst fysiske og psykiske helbred. Ligeledes er datagrundlaget i registerstudiet for småt og usikkert til, at der kan konkluderes noget endeligt omkring de samfundsøkonomiske effekter af klinikkens indsats. Resultaterne af registerstudiet tyder dog på, at der især for kommunerne kan være en økonomisk gevinst forbundet med IMKs indsats.

IMK er formentlig den første af sin slags, og der er således behov for uafhængig og grundig videnskabelig forskning på området, herunder mere komplicerede statistiske forbrugsanalyser og økonomiske beregninger, før der kan drages vidtrækkende konklusioner og generaliseringer omkring forudsætningerne for og konsekvenserne af at gennemføre hospitalsbaseret forløbskoordination ved IMK for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Klinikken er i dag mere veletableret, ydelserne mere veldefinerede, og patientgruppens sammensætning hvad angår etnicitet, opholdslængde og diagnosebillede væsentligt ændret siden starten, hvorfor det anbefales at gentage registerstudiet på et større og bedre datagrundlag.

1. Baggrund

I gennem de seneste årtier er der i Danmark blevet flere borgere af anden etnisk herkomst end dansk (1), og de vil i fremtiden udgøre en stigende andel af patienterne i det danske sundhedsvæsen (2). Ifølge Danmarks Statistik boede der i Danmark i 2013 (3. kvartal) således 270.152 indvandrere og 125.886 efterkommere fra ikke-vestlige lande¹.

En sådan etnisk mere heterogen befolkning stiller sundhedsvæsenet over for en række nye udfordringer. Sundhedsprofessionelle vil hyppigere end før komme i kontakt med patienter og pårørende præget af forskelligartede sproglige, sociale og kulturelle forhold, og det er ikke givet, at etniske minoriteter har samme behov for eller udbytte af sundhedsvæsenets indsatser som etniske danskere. Det er derfor en stor udfordring for regioner og kommuner at kunne imødekomme etniske minoritetsgruppers behov på en måde, der retter sig mod deres væsentligste sundhedsproblemer og som samtidig opleves relevante, vedkommende og forståelige i målgruppen (1,3).

Sygdomsmønstre og helbredsstatus blandt patienter af anden etnisk herkomst i Danmark

Blandt patienter af anden etnisk herkomst end dansk ses typisk et anderledes dødsårsags- og sygdomsmønster, herunder en forhøjet forekomst af spædbørnsdødelighed og et ulige mønster i forekomsten af kræftsygdomme og andre kroniske sygdomme, som fx diabetes, kroniske lungesygdomme, hjertesygdomme og hiv/aids. Mange har været udsat for svære traumer og lider af posttraumatisk belastningsreaktion² (herefter PTSD), depression og andre psykiske eftervirkninger af krig, fængslinger, voldtægter eller tortur (3, 5, 6, 7). Der tegner sig desuden et billede af, at indvandrere i alle etniske minoritetsgrupper også har flere samtidige sygdomme af både fysisk og psykisk karakter og et dårligere selv vurderet helbred sammenlignet med etniske danskere. Således rapporterer 25-48 % af indvandrere i alle etniske minoritetsgrupper om tre eller flere langvarige sygdomme mod 11 % blandt etniske danskere (1, 8).

Foruden et anderledes sygdomsmønster ses også en atypisk præsentation af almindelige sygdomme. I praksis betyder det, at almindelige symptomer udtrykkes på en måde, danske læger ikke umiddelbart kender, og den måde, patienterne oplever dem på, er fremmedartet for det danske sundhedsvæsen. Krigstraumer forstyrrer hukommelsen og koncentrationsevnen, så fysiske og psykiske symptomer blandes sammen, og etniske minoritetspatienter er ofte vage i beskrivelsen af deres symptomer på grund af begrænset skolegang og sproglige barrierer. Det medvirker til, at det er vanskeligt for sundhedsprofessionelle at forstå, hvad patienterne reelt fejler, og dermed finde frem til den rette diagnose og behandling (jf. boks 1),(5, 7, 8, 9).

¹ <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/indvandrere-og-efterkommere/indvandrere-og-efterkommere.aspx> Besøgt 07.11.13.

Indvandrere er født i udlandet. Ingen af forældrene er danske statsborgere, født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes den pågældende som indvandrer. *Efterkommere* er født i Danmark. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark.

² *Posttraumatisk belastningsreaktion* er en tilstand, der opstår som forlænget eller forsinket reaktion på en usædvanlig belastning af katastrofeagtig eller livstruende karakter. Viser sig ved tilbagevendende episoder med genoplevelse af traumet i form af påtrængende erindringer og mareridtsagtige drømme, og ved stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet (4 s. 971).

Patient 1: *“Der kommer varm luft op nedefra, der klemmes ud gennem siden af halsen ligesom knive. Der er nogen, der kommer og kvæler mig om natten”* (Patient henvist på mistanke om atypisk skizofreni, men som viste sig at have astma med natlige anfald. Patienten beskyldte ægtefællen for at ville kvæle patienten).

Patient 2: *“Der bølger strøm op gennem maven til brystet og bagefter kommer der varme dampe i venstre side, der gør mig kraftesløs”* (Patient henvist med svær obstipation, men viste sig at skyldes hukommelsessvækkelse som følge af PTSD).

Boks 1: Illustrative patientudsagn fra IMK (7).

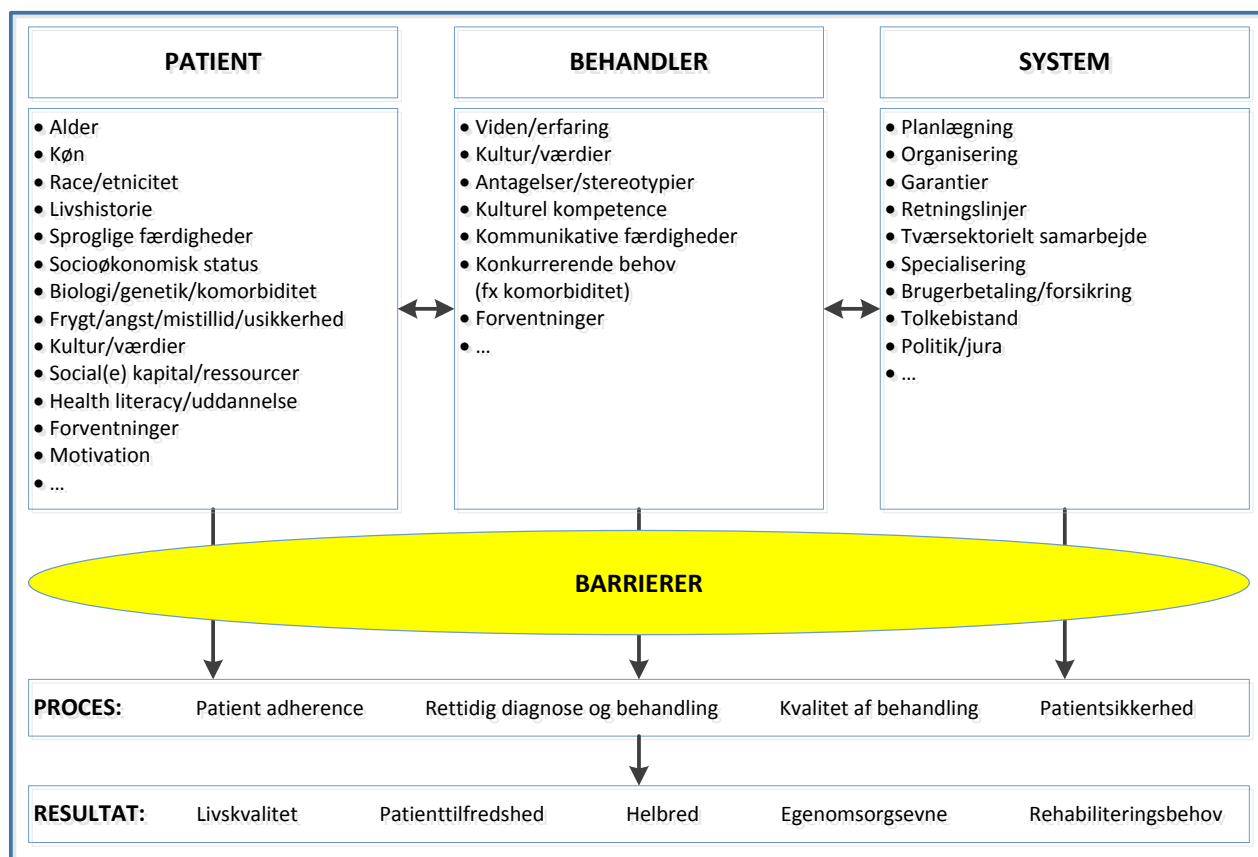
Således har mange patienter af anden etnisk herkomst end dansk uafklarede helbredsproblemer. Tal fra Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital viser, at 50 % af de henviste patienter med komplekse sammensatte og langvarige forløb lider af svær, kronisk PTSD, og at 75 % af disse er uerkendte på henvisningstidspunktet på trods af, at de har opholdt sig i gennemsnit mere end 10 år i Danmark (3, 7).

1.1 Problemstilling

Etniske minoritetspatienter oplever således en række udfordringer i forbindelse med adgang til og brug af sundhedsvæsenet, og risikerer at kuldsejle i systemet i årevis uden at få de(n) korrekte diagnose(r) og behandling (3, 8, 9).

Ulighed i sundhed – årsager og konsekvenser

Årsagerne hertil er typisk multifaktorielle og kan tilskrives såvel karakteristika ved den enkelte patient, den enkelte behandler og sundhedsvæsenet som system. Sammenspil og interaktioner imellem disse faktorer skaber en række barrierer for patienter af anden etnisk herkomst end dansk – både hvad angår adgangen til rettidig diagnose og behandling, kvaliteten heraf samt fastholdelsen af opnåede resultater (jf. figur 1), (7,10,11).



Figur 1: Illustration af mulige sammenhænge mellem karakteristika ved patient, behandler og system, forekomsten af barrierer og opnåede resultater for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Inspireret af (12).

Som eksempel på patientkarakteristika kan nævnes etniske minoritetspatienters sproglige færdigheder. Sammen med kulturelt betingede sygdomsopfattelser gør sproglige problemer det svært for patienterne at forstå diagnose og behandling, og det vanskeliggør deres navigering i det danske sundhedsvæsen med en markant øget risiko for utilsigtede hændelser og diagnoseforsinkelser til følge (3, 5, 7, 9, 13, 14, 15). I en undersøgelse af sygeplejerskers oplevelser med pleje af patienter med indvandrerbaggrund angives netop sproglige problemer og forskellig sygdomsopfattelse som de vigtigste årsager til problemer (16). En ny rapport fra IMK på OUH belyser sammenhængen mellem sprogbarrierer og krigstraumer, og den betydning det kan have for indlæring, helbred og evne til egenomsorg (17).

Behandlerkarakteristika kan fx være behandlerens kulturelle kompetence, der kan opfattes som evnen til at gøre sig forståelig og handle passende i situationer, hvor kulturforskelle har betydning, og etablere et konstruktivt samarbejde på tværs af kulturforskelle³ (7, 18). Læger formidler ofte ubevidst ikke-lægefaglige værdier i mødet med den etniske minoritetspatient, som kan få afgørende betydning for patientens compliance og behandlingsforløb generelt (7).

Systemkarakteristika kan være karakteren af det tværsektorielle samarbejde og koordinationen på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Patientgruppens sammensatte helbredsproblemer bevirker, at der almindeligvis er tilknyttet flere forskellige aktører samtidigt, herunder blandt andre forskellige kommunale forvaltninger og sygehusafdelinger, praktiserende læge og psykolog med flere (5, 7). Den gode indsats er

³ <http://www.information.dk/244138> Besøgt 07.11.13.

derfor ideelt set karakteriseret ved tværsektorielt samarbejde og sparring, men ofte opleves i Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital et mangelfuldt samspil og utilstrækkelig koordination – både intra- og intersektorielt⁴. Tilgængeligheden af veluddannet tolkebistand, som både sprogligt og kulturelt kan oversætte mellem læge og patient, så lægen kan opfylde almindelige standard krav til information, samtykke, accept og medinddragelse, er endnu et eksempel på en mulig systembarriere (7).

Endeligt kan kommunikationsbrist nævnes som et eksempel på en barriere, der skyldes interaktion mellem patientens kultur og sproglige færdigheder, og behandlerens viden og kulturelle kompetence. Mangel på kulturelle kompetencer og rammer til at reducere betydningen af sprogbarrierer udfordrer patientsikkerheden, og kan resultere i markant ringere behandlingskvalitet blandt etniske minoritetspatienter (7). For yderligere evidens for og eksempler på barrierer forårsaget af disse faktorer og samspillet mellem dem henvises til (7).

Konsekvenserne af de barrierer, der opstår som følge af samspillet mellem ovenstående faktorer, er for etniske minoritetspatienter mange og spænder blandt andet over:

- Mangelfuld information (3, 13).
- Ulighed i adgang til og kvalitet af behandling samt fastholdelse af opnåede behandlingsresultater, herunder længere ventetid, mindre behandlingseffekt, flere alvorlige bivirkninger og hyppigere forekomst af utilsigtede hændelser (7, 8, 19, 20).
- Nedsat evne til egenomsorg og efterlevelse af sundhedsprofessionelles ordinationer som følge af fx lav health literacy⁵ og mistillid til systemet (19).
- U hensigtsmæssigt forbrug⁶ af sundhedsydelser, herunder øget kontakt til skadestue/akutte modtageafdelinger og egen læge, hyppigere (gen)indlæggelser, flere udeblivelser, lavere medicinforbrug og deltagelse i forebyggende undersøgelser (1, 2, 3, 7).

Der tegner sig således et billede af patienter af anden etnisk herkomst end dansk, der har en høj risiko for at blive evighedspatienter med komplicerede symptombilleder og svære, sammensatte helbredsproblemer. Disse patienter evner sjældent at transportere information mellem behandlere grundet sproglige problemer og manglende begrebsforståelse, og giver således et sjældent indblik i sundhedsvæsenets skjulte svagheder. Patienterne oplever typisk endeløse forløb som kastebolde mellem forskellige kommunale afdelinger, privatpraktiserende speciallæger og forskellige sygehusafdelinger uden koordination, en klar plan eller forsøg på endelig diagnostik. Disse barrierer og uligheder kan resultere i dyrere og dårligere behandlingsforløb, mere fremskreden sygdom ved diagnose og betydelige sociale og samfundsmæssige virkninger på lang sigt (jf. boks 2), (3, 7, 23). Og det til trods for, at Sundhedsloven som et grundlæggende princip fastsætter, at alle – uanset race og etnisk oprindelse – skal sikres let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser⁷. Elementet "Lighed i behandlingen" indgår desuden som et element i Region Syddanmarks sundhedsvision, hvor det understreges, at "lighed i sundhed opnås, når der i

⁴ Personlig kommunikation med overlæge M. Sodemann, maj 2013.

⁵ *Health literacy* forstås som individers evne til og mulighed for at tilegne sig viden om sundhed og omsætte denne til fx adfærdændringer (21). Ifølge Dansk Sprognævn kan det oversættes med *sundhedskompetence* (22).

⁶ Med "uhensigtsmæssigt forbrug" menes både et under- og overforbrug af bestemte ydelser, der på flere måder afviger fra etniske danskernes forbrug af sundhedsydelser.

⁷ <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455#K1> Besøgt 11.05.13.

forebyggelse og behandling tages hensyn til, at mennesker er forskellige, har forskellige behov for forskellige ressourcer⁸. Endeligt indgår sikring af hensynet til etniske minoriteters særlige behov ligeledes i flere standarder i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM 1), herunder Standard 2.1.4, som har til formål at sikre hensyntagen til patientens og pårørendes religiøse og kulturelle behov (24).

Case 1: Patient med kronisk sygdom klager på sygehusafdelingen, hvor vedkommende følges, over frontal hovedpine med uklar årstidsvariation, purulent næseflåd og natlig hoste. Øre-næse-hals-afdelingen på sygehuset afviser at se patienten, der derfor rådes til selv at kontakte privatpraktiserende ørelæge. Patienten får efter 5 måneder tid hos ørelæge, der ikke anvender tolk, og som derfor ikke forstår patientens symptomer. Patienten afsluttes fra ørelægen uden besked herom til IMK eller egen læge. Efter i alt 9 måneder kommer patienten til rutinekontrol ved IMK og sendes til CT-scanning af bihuler, der viser svær, kronisk bihulebetændelse og tandrodsabscesser som årsag. Kæbekirurgisk afdeling anbefaler behandling hos tandlæge. Efter 3 måneder henvender patienten sig med et tilbud fra tandlægen på 120.000 kr. Efter fornyet rådgivning fra kæbekirurgisk afdeling medgives patienten en liste over de mest nødvendige indgreb og der indhentes derefter 3 tilbud på behandling (12.000-15.000 kr.). Patienten anbefales at kontakte ydelseskontoret i lokalkommunen mhp. ansøgning om støtte. Efter 3 måneder henvender patienten sig ved IMK med en række skemaer omkring økonomi og kontoudskrifter, som patienten ikke forstår. Patienten oplyser, at kommunens ydelseskontor har henvist patienten til en frivillig rådgivning for hjælp med udfyldelsen, men de anvender ikke tolk. Der indsendes ansøgning og efter 2,5 måneder får patienten tilkendt støtte til tandbehandlingen. I mellemtiden har patienten været i 3 penicillinkure pga. feber og tandsmerter.

Case 2: Gravid patient med livstruende infektionssygdom, bosiddende i landsby. Patienten skal ifølge sundhedsstyrelsens retningslinjer kontrolleres for både sygdom og graviditet på universitetshospitalet i regionen. Det er ikke muligt med offentlig transport at ankomme til sygehusets laboratorium inden for dets åbningstid. Sagsbehandler ønsker ikke at medvirke til transport med bemærkningen: "Hvis [patienten] kan komme fra Congo til [landsby], så kan patienten også selv komme fra [landsby] til Odense". Indvandrermedicinsk Klinik får etableret kontakt til lokal frivillig organisation, der stiller 2 kontaktpersoner til rådighed: 1 til at køre og 1 til samtaler. Patienter med denne sygdom skal føde på universitetshospitaler af hensyn til behandling af mor og barn efter fødsel, men der kunne ikke laves aftale med Falck om dette – Falck har ordre på at køre til nærmeste sygehus. Patienten måtte derfor indlægges på patienthotel 3 uger før forventet fødsel.

Case 3: Patient med kronisk hovedpine og psykisk ændring med mange småklager henvises til egen læge, som ikke finder meningsfuld sammenhæng i symptomerne. Ved nærmere udspørgen oplyser patienten, at han to gange i sit liv, helt uafhængigt af hinanden, er blevet overfaldet og slået i hovedet med trækølle eller lignende begge gange i forbindelse med røveri (ved ferierejse første gang og hjemmerøveri i Danmark anden gang). Han begyndte at få hukommelsesproblemer, koncentrationsproblemer og hovedpine efter det sidste overfald og siden da har patienten langsomt fået indskrænket sit danske ordforråd. Der anmodes om neuropsykologisk vurdering via en neuromedicinsk afdeling, som imidlertid afslår med henvisning til, at patienten, som de ikke har set eller talt med, ikke vil være i stand til at gennemføre testen, som "*fordrer et vist uddannelsesmæssigt bundniveau. Meningsfuld undersøgelse af analfabeter o.l. er ganske enkelt ikke mulig – også som følge af ukendt og uberegnelig kulturel inkompatibilitet*" (svar fra afdelingen). Patienten forsøges derefter henvist til demensudredning, men her er kravet, at patienten havde afprøvet anti-depressiv behandling, og at patienten i en længere periode forsøges behandlet med anti-depressiv medicin før henvisning. Psykiatrisk vurdering og anti-depressiv behandling blev forsøkt over 1 år og var uden effekt, og patienten blev derefter henvist til demensudredning. Efter 4 år er patienten nu af demensklinikken henvist til neuropsykologisk vurdering, som p.t. har 6-8 måneders ventetid.

Boks 2: Cases fra IMK, der illustrerer forekomsten af samtidige barrierer, som medvirker til uhensigtsmæssige patientforløb for patienter af anden etnisk herkomst end dansk (7).

⁸ Region Syddanmarks sundhedsvision: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm342058> Besøgt 14.03.14

Ny tværfaglig og specialiseret indsats i særligt komplekse tilfælde

Indtil for nylig blev etniske minoriteter ikke systematisk tilbudt en helbredsundersøgelse ved ankomsten til Danmark selvom studier dokumenterer, at flygtninge ofte har en eller flere behandlingskrævende sygdomme. 1. juli 2013 trådte en ny lov, som blandt andet sikrer tilbud om integrationsplan og helbredsmæssig vurdering af nyankomne flygtninge⁹, imidlertid i kraft. Der findes endnu ingen officielle retningslinjer for praktiserende læger, der beskriver, hvilke helbredsmæssige problemstillinger, de bør være opmærksomme på og kontakten er, indtil loven trådte i kraft, typisk først blevet etableret i det øjeblik, patienterne selv rettede henvendelse. En undersøgelse viser, at netop praktiserende læger har svært ved at opfange og sammenfatte symptomer på PTSD, og de nåede således kun frem til diagnosen PTSD ved 2 % af de patienter, som ved en efterfølgende screening viste symptomer herpå (25).

Fraværet af systematik og retningslinjer på området hidtil betyder, at kommunernes sagsbehandlere ofte har været overladt et stort ansvar inden for et område, de reelt ikke er klædt på til at håndtere så længe der ikke er stillet en sundhedsfaglig diagnose (5, 7, 26). Dertil kommer, at sygehusvæsenet præges af tiltagende specialisering med tids- og diagnosestyring, som sjældent levner plads til patienternes sprog, historie eller livsvilkår i diagnostik og behandling (7).

Således håndteres patientgruppens komplekse og sammensatte helbredsproblemer vanskeligt i normalsystemet og der er – ifølge en undersøgelse gennemført på vegne af Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration (5), en rapport om etniske minoriteters sundhed gennemført af en arbejdsgruppe under Center for Folkesundhed¹⁰ (1) og erfaringerne fra Indvandrermedicinsk Klinik på OUH (7) – behov for en ny tværfaglig, tværsektoriel og specialiseret indsats med fokus på sammenhæng, kontinuitet og kulturel forståelse.

Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital repræsenterer en mulig model for, hvordan en sådan indsats kan etableres i sygehusregi, hvorfor der med baggrund i:

- Anbefalingerne i en rapport omkring tværsektoriel forløbskoordination i Indvandrermedicinsk Klinik
- Forespørgsler om screening af nyankomne flygtninge/indvandrere fra kommuner i Region Syddanmark
- Forekomsten af en særlig tværfaglig og specialiseret indsats i regi af Indvandrermedicinsk Klinik, der potentielt kan medføre besparelser i flere sektorer samtidigt
- Stor interesse for klinikkens arbejde fra landets øvrige regioner
- Efterspørgsel efter lignende klinikker i andre regioner i Danmark

foretages en medicinsk teknologivurdering (MTV) af indsatserne i Indvandrermedicinsk Klinik med henblik på at dokumentere potentielle såvel helbredsmæssige som økonomiske effekter heraf.

Region Syddanmarks Afdeling for Traume- og Torturoverlevende¹¹ (ATT) udreder og behandler patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge og indvandrere, og er således en vigtig samarbejdspartner for Indvandrermedicinsk Klinik i arbejdet med deres etniske minoritetspatienter. Tal fra Indvandrermedicinsk

⁹ <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=151994&exp=1> Besøgt 25.11.13.

¹⁰ Partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed med repræsentanter fra både nationale, regionale og kommunale instanser (1).

¹¹ <http://traumeogtorturoverlevende.dk/wm402611> Besøgt 25. 11.13

Klinik viser, at 36 % af klinikkens patienter i august 2012, enten samtidigt eller forskudt, har været i behandling hos ATT, og heraf kommer 28 % ikke i gang efter afdelingens indsats (27). Særligt tunge patienter med samtidig somatisk og psykisk sygdom kan således have behov for en anden specialiseret indsats end de standardiserede tilbud ved Afdeling for Traume- og Torturoverleverere, som tilsyneladende ikke er tilstrækkelige i de helt komplekse tilfælde.

1.2 Introduktion til Indvandrermedicinsk Klinik (IMK)

Indvandrermedicinsk Klinik (herefter IMK) på Odense Universitetshospital (OUH) blev i 2008 etableret som et ambulatorium i tilknytning til Infektionsmedicinsk Afdeling Q, til patienter af anden etnisk herkomst end dansk med særligt komplekse behov, der sjældent kan håndteres i normalsystemet. Baggrunden for oprettelsen af den specialiserede klinik var en stigende erkendelse i infektionsmedicinsk regi af, at der eksisterer en betydelig gruppe af patienter af anden etnisk herkomst end dansk, som ikke har adgang til forebyggelse og behandling på samme niveau som etnisk danske patienter.

Som beskrevet ovenfor oplever patienter af anden etnisk herkomst end dansk en række udfordringer i forhold til at få adgang til sundhedsvæsenets ydelser, og det overordnede billede er, at patienterne på henvisningstidspunktet blandt andet er karakteriseret ved:

- Uklare sygdomsbilleder og ofte multisygdom (fx Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD), tortur- og krigstraumer, diabetes, anæmi, D-vitamin mangel, tuberkulose osv.)
- Lav eller ingen health literacy
- Frygt og angst over for samt mistillid til sundhedsvæsenet
- Svære sammensatte problemer med compliance og nedsat evne til egenomsorg
- Svigtende hukommelse og koncentrationsbesvær
- Sociale og/eller økonomiske problemer
- Rodløshed, usikkert opholdsgrundlag og meningsløshed

Patienterne har ofte haft ophold i Danmark i en årrække, hvor de helbredsmæssige problemer gradvist er forværret, blandt andet grundet suboptimal udredning og behandling, afbrudte undersøgelsesforløb, mangel på information og tværsektoriel koordination, navigationsbesvær, ikke-eksisterende netværk og som følge heraf et uhensigtsmæssigt forbrug af sundhedsydelser.

Patientgruppens komplekse helbredsproblemer fordrer en tværfaglig, specialiseret indsats, og IMK tilbyder – formentlig som de eneste i Europa – hospitalsbaseret forløbskoordination til patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Formålet med klinikken er at hjælpe patienterne med at navigere omkring i sundhedsvæsenet og koordinere patienternes forløb i de mest komplicerede tilfælde med sammensatte helbredsproblemer, hvor egen læge og/eller kommunen har måttet give op, og hvor der er behov for en tværfaglig, specialiseret indsats. For yderligere information om IMK og klinikkens indsats henvises til afsnit 4.1.1.

1.3 Formål

Med henblik på at dokumentere IMKs indsats og effekten heraf er formålet med denne rapport todelt – nemlig:

1. At redegøre for den foreliggende evidens vedrørende de kliniske, patientmæssige, organisatoriske og økonomiske effekter af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk (delstudie 1).
2. At undersøge effekten af Indvandrermedicinsk Kliniks (IMKs) samlede indsats på denne patientgruppes forbrug af offentlige ydelser fra henholdsvis Odense Kommune og Odense Universitetshospital (OUH), (delstudie 2).

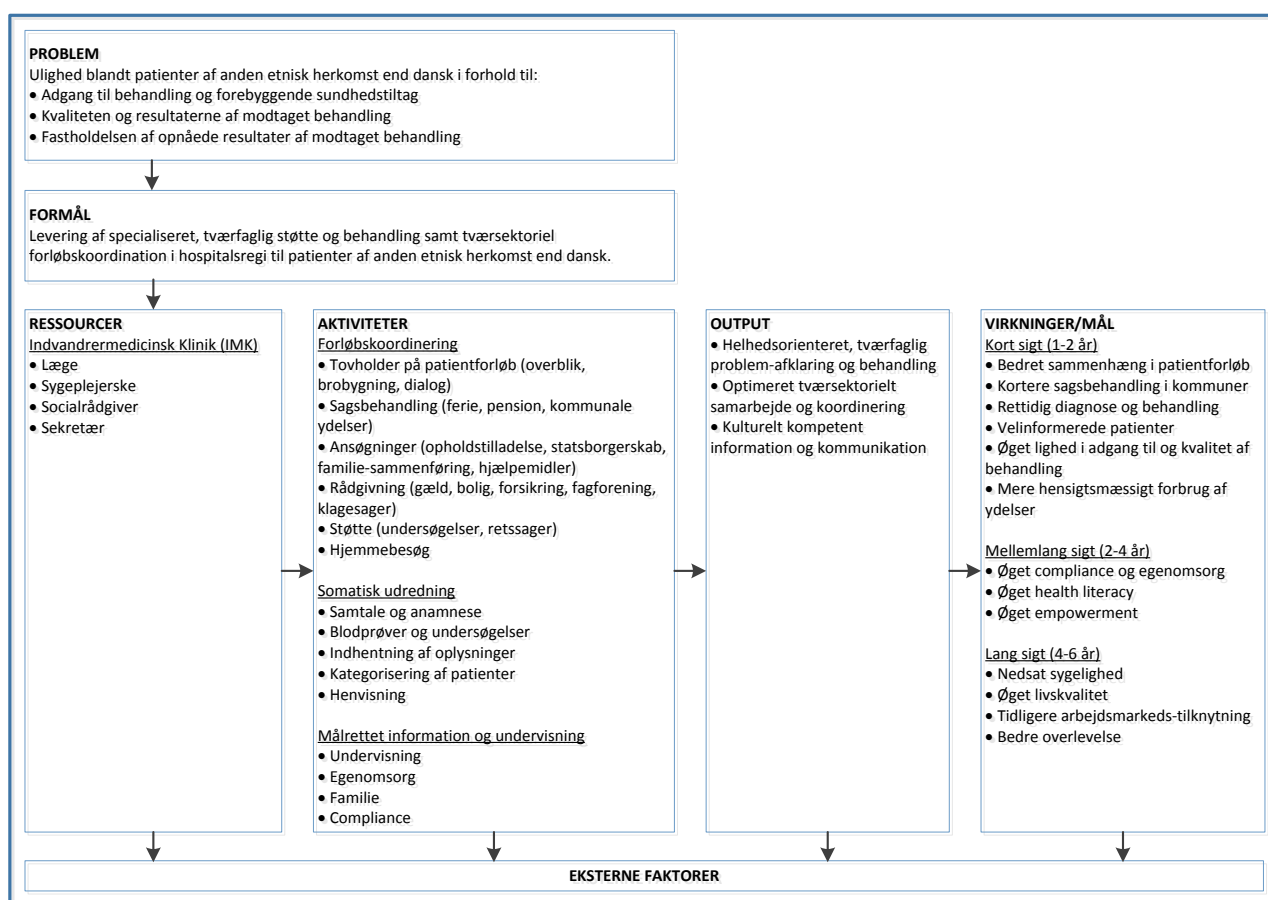
Med *hospitalsbaseret forløbskoordination* forstås mere specifikt den del af IMKs indsats, som blandt andet indebærer følgende (7):

- Afklaring af patientens baggrund og økonomiske, sociale samt familiemæssige situation
- Tovholder på (tværsektorielle)patientforløb, herunder sagsbehandling og hjælp til ansøgning om ydelser
- Støtte til nye og genoptagelse af afbrudte undersøgelses- og behandlingsforløb i hospitalsregi
- Støtte til fremmøde og bekymringsafstemning
- Hensigtsmæssig og målrettet kommunikation, herunder rådgivning og støtte
- Sagsbehandling og sikring af nødvendig dokumentation
- Samtaleforløb og kortlægning af livshistorier og problemliste

2. Evalueringstilgang

I dette afsnit redegøres for den anvendte evalueringstilgang med henblik på både at give et overblik over de forventede resultater af IMKs indsats, sikre en fælles forståelsesramme og præcisere hvad, der evalueres på i de to delstudier.

Såvel strategien for indsatsen som evalueringstilgangen kan illustreres i en Logisk Model, der er et værktøj til at planlægge, gennemføre og evaluere projekter, programmer, interventioner m.m. Modellen kan tydeliggøre, hvad der skal evalueres på og hvilken evalueringsform, der bør vælges, men angiver ikke hvilke parametre, der skal måles på eller om eventuelle resultater kan tilskrives indsatsen (28). I nedenstående figur 2 præsenteres den logiske model for IMKs indsats, som desuden findes i fuld størrelse i bilag 1.



Figur 2: Logisk model for IMKs indsats.

Den logiske model skal illustrere hvordan IMK med dens ressourcer og aktiviteter (fx kulturelt målrettet information ved en sygeplejerske) kan føre til en række virkninger på henholdsvis kort (fx velinformerede patienter), mellemlang (fx øget compliance) og lang sigt (fx nedsat sygelighed). Modellen belyser her udelukkende de forventede primære virkninger af IMKs ydelser på den patientgruppe, de målrettes, og viser således ikke de mere sekundære effekter på fx familien (fx børnenes trivsel), klinikens medarbejdere eller OUH som helhed (fx vækst i fagligheden gennem undervisning af andre kliniske afdelinger i kulturel kompetent formidling).

Anskueliggjort i modellen ovenfor er også de eksterne faktorer, herunder fx økonomiske, politiske og strategiske forhold, som påvirker både IMKs indsats og dens resultater. Indsatsen påvirker i højere grad de kortsigtede og mellemlange virkninger, mens andre eksterne faktor også vil have betydning for den opnåede effekt på lang sigt. Der er alene tale om en model til at tydeliggøre de *forventede* virkninger, og altså ikke et fuldstændigt billede af den komplekse virkelighed (28).

Målet med de to delstudier er således at undersøge, hvordan IMK med dens aktiviteter påvirker patienternes livssituation og forløb igennem sundhedsvæsenet. Som det fremgår af såvel den indledende beskrivelse af IMK (jf. afsnit 1.2) og den logiske model ovenfor (jf. figur 2) udgør IMKs samlede indsats en kompleks intervention, som rummer en mangfoldighed af aktiviteter og årsags-virknings-sammenhænge, der ikke alle vil kunne indeholdes i denne evaluering. Fokus i delstudie 1 – det systematiske litteraturstudie – vil således alene være på den delmængde af IMKs samlede indsats, der omhandler effekten af *hospitalsbaseret forløbskoordination* i bred forstand for patientgruppen, mens fokus i delstudie 2 – registerstudiet – vil være på effekten af IMKs samlede indsats på patientgruppens forbrug af sundhedsydelser. Evalueringens resultater afrapporteres inden for rammerne af en medicinsk teknologivurdering (MTV).

2.1 Medicinsk teknologivurdering (MTV)

Medicinsk teknologivurdering (MTV) defineres som ”en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi”. Medicinsk teknologi defineres i den sammenhæng bredt som ”procedurer og metoder til forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering”, herunder apparatur, lægemidler, understøttende systemer samt organisationsformer. Evaluering i MTV-perspektiv omfatter analyse og vurdering af teknologien på en række områder, der samles i hovedelementerne: *teknologi, organisation, patient og økonomi* (29).

MTV baseres primært på allerede foreliggende litteratur og datamateriale, hvorfor der indledningsvist foretages et systematisk litteraturstudie af den eksisterende videnskabelige evidens omkring hospitalsbaseret forløbskoordination for denne patientgruppe (delstudie 1). Da der efter bedste vidende ikke findes tilsvarende hospitalsbaserede enheder med tilbud om forløbskoordination til patienter af anden etnisk herkomst end dansk, forventes der ikke at findes megen videnskabelig litteratur på området. Derfor foretages desuden et registerstudie af effekten af IMKs indsats på patientgruppens forbrug af offentlige ydelser.

2.1.1 MTV-spørgsmål

Evalueringen guides, i overensstemmelse med retningslinjerne for udarbejdelse af MTV (29), af fokuserede MTV-spørgsmål, som danner rammen for valg af metodisk tilgang. Det overordnede MTV-spørgsmål lyder:

Hvad er forudsætningerne for og konsekvenserne af at gennemføre hospitalsbaseret forløbskoordination til patienter af anden etnisk herkomst end dansk sammenlignet med ingen forløbskoordination (nuværende scenarie)?

Nedenstående MTV-spørgsmål, formuleret inden for hvert af de fire hovedelementer, skal fungere som fokuserede arbejdsspørgsmål til primært at guide litteratursøgningen og afdækningen af

problemstillingerne relateret til hvert element. For alle spørgsmål nedenfor gælder det, at der med "patientgruppen" menes patienter af anden etnisk herkomst end dansk.

Teknologi

Hvad er effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination sammenlignet med ingen forløbskoordination på patientgruppens fysiske og psykiske helbred? (Delstudie 1)

Hvad er effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination i forhold til ingen forløbskoordination på patientgruppens forbrug af sundhedsydelse? (Delstudie 2)

Patient

Hvad er effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination sammenlignet med ingen forløbskoordination på patientgruppens livskvalitet, compliance, evne til egenomsorg samt den patientoplevede kvalitet?

Organisation

Hvad er de organisatoriske forudsætninger for og konsekvenser af hospitalsbaseret forløbskoordination som organiseret ved IMK?

Økonomi

Hvad er de samfundsøkonomiske konsekvenser af hospitalsbaseret forløbskoordination som gennemført ved IMK?

3. Metode

3.1 Delstudie 1: Systematisk litteraturstudie

Rapportens første delstudie består af et systematisk litteraturstudie af den allerede foreliggende viden omkring effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk.

3.1.1 Søgestrategi og litteratursøgning

Som hjælp til formulering af ovenstående fokuserede MTV-spørgsmål anvendtes PICO-strukturen¹², som dermed også har fungeret som overordnet ramme for udformning af selve søgestrategien. Der er således i hver database indledningsvist foretaget søgninger på hver af PICO-dimensionerne og disse søgninger er efterfølgende kombineret i en samlet søgning for databasen. Outcome-dimensionen er desuden opdelt efter hvilket af de fire MTV-elementer, der er i fokus (jf. tabel 1).

Databaser

Der er søgt i databaser af relevans for det enkelte MTV-element (jf. tabel 1). Kun databaserne PubMed og Embase går igen inden for alle fire elementer. Desuden inkluderes også grå litteratur fra IMKs arkiver, herunder interne evalueringsrapporter, rapporter fra faglige sammenslutninger og andet materiale, der ikke er at finde i de bibliografiske databaser.

Foruden ovenstående er der også søgt efter anden relevant litteratur på følgende sider:

- Litteraturdatabasen: Etniske minoriteters sundhed, Statens Institut for Folkesundhed
- Informationsnetværket: Wiki migrant health/Mighealthnet
- Danish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health (MESU); Københavns Universitet
- Nasjonal kompetenseenhet for minoritetshelse, Norge
- Immigrant Institutet: Forsknings- og dokumentationscentrum om indvandrere, flyktingar och rasism, Sverige
- Arkansas Minority Health Commission
- Alta Bates Summit Medical Center
- California Pan-Ethnic Health Network
- CDC: Eliminating racial and ethnic health disparities
- Victorian Refugee Health Network
- Migrant Clinicians Network
- Health Disparity Solution Centre, Michigan
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- UK Centre for Evidence in Ethnicity, Health and Diversity
- European Cooperation in Science and Technology (COST)

¹² Inden for evidensbaseret praksis anvendes ofte en specialiseret struktur, kaldet PICO, til at formulere fokuserede spørgsmål og dermed lette selve processen med litteratursøgning. PICO består af følgende dimensioner: Patient/population, Intervention, Comparison og Outcome (30, 31).

Søgeord

Med anvendelsen af PICO-strukturen ved formulering af de fokuserede MTV-spørgsmål identificeredes også de vigtigste nøglebegreber, som går igen ved udvælgelsen af søgeord. I nedenstående tabel 1 opridses de primære søgeord fordelt på PICO-dimensionerne, og anvendte søgeord i forhold til outcome-dimensionen er desuden fordelt på de fire MTV-elementer.

PICO-dimension (og MTV-element)		Indekserede emneord/søgeord	Database
Patientgruppe (P)		Emigrants/Immigrants Transient/Migrant Refugee Minority Health Minority groups Ethnic groups Race relations Cultural diversity Immigration Race/Racial Racial disparity Displaced persons Minority/ Ethnic minority	Alle: <ul style="list-style-type: none"> • PubMed • Embase • Cochrane Library • Sociological abstracts • CINAHL
Intervention (I)		Patient care planning Patient care management Health services administration Health care administration Patient advocate Cultural mediator Cultural competence Minority clinic Minority health clinic Migrant health clinic	Alle: <ul style="list-style-type: none"> • PubMed • Embase • Cochrane Library • Sociological abstracts • CINAHL
Comparison (C)		Nuværende scenarie = ingen forløbskoordination	-
Outcome (O)	Teknologi	Mortality Morbidity Post traumatic stress disorder/PTSD	PubMed Embase Cochrane Library
	Patient	Quality of Life Patient satisfaction Patient compliance Medication adherence Self-care Health Attitudes, Knowledge & Practice Health literacy Health behaviour Cultural capital Social capital	PubMed Embase CINAHL
	Organisation	Delivery of Health Care Delivery of Health Care, Integrated Health care disparities Access to health care	PubMed Embase Sociological abstracts
	Økonomi	Health care costs Health care economics and organizations Occupational status	PubMed Embase Cochrane Library

Tabel 1: Anvendte søgeord og databaser fordelt på PICO-dimensioner (og MTV-elementer).

Søgeperiode og sprog

Søgeperioden afgrænses til perioden 2001-2011, og der søges efter litteratur på dansk, engelsk, norsk og svensk.

Studiedesign

Såvel kvalitative som kvantitative undersøgelser medtages, dog primært litteratur af højest mulige evidensniveau. Fokus er på at redegøre for de kliniske, patientmæssige, organisatoriske og økonomiske *effekter* af hospitalsbaseret forløbskoordination, hvorfor der primært søges efter effektstudier og således ikke efter deskriptive studier, hvor lignende interventioner blot beskrives og ikke effektvalueres. Afgrænsning på studiedesign er imidlertid kun foretaget i PubMed-søgningen, som utvivlsomt bidrager med det største antal hits (jf. tabel 2), og det på inklusion udelukkende af følgende studiedesigns¹³:

- Clinical trials
- Meta analyses
- Randomized controlled trials
- Reviews
- Comparative studies
- Controlled trials
- Evaluation studies

¹³ For yderligere information om de forskellige studiedesigns/publikationstyper besøg venligst:
http://www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmedtutorial/020_245.html Besøgt 23.11.13.

3.1.1.1 Resultater af litteratursøgningsprocessen

I nedenstående tabel 2 ses resultaterne af processen med litteratursøgning i form af antallet af hits fordelt på henholdsvis databaser, PICO-dimensioner og MTV-elementer.

Database	PICO-dimension (og MTV-element)	Antal hits (m. limits)		
PubMed	Patientgruppe (PG)	76.388	<i>PG+I</i>	
	Intervention (I)	908.107	18.854	
	Outcome (O)	Teknologi	268.998	<i>PG+I+O_{tek}</i> 2.441
		Organisation	318.017	<i>PG+I+O_{org}</i> 9.912
		Patient	166.442	<i>PG+I+O_{pat}</i> 3.376
Økonomi	395.938	<i>PG+I+O_{øko}</i> 6.953		
<i>PG+I+O_{alle}</i> 4.107				
Embase	Patientgruppe (PG)	241.321	<i>PG+I</i>	
	Intervention (I)	10.427	1.154	
	Outcome (O)	Teknologi	412.584	<i>PG+I+O_{tek}</i> 59
		Organisation	5.238	<i>PG+I+O_{org}</i> 99
		Patient	257.653	<i>PG+I+O_{pat}</i> 142
Økonomi	67.886	<i>PG+I+O_{øko}</i> 23		
<i>PG+I+O_{alle}</i> 284				
Cochrane Library	Patientgruppe (PG)	5.450	<i>PG+I</i>	
	Intervention (I)	79.680	2.700	
	Outcome (O)	Teknologi	10.162	<i>PG+I+O_{tek}</i> 162
		Økonomi	16.992	<i>PG+I+O_{øko}</i> 541
<i>PG+I+O_{tek+øko}</i> 664				
Sociological abstracts	Patientgruppe (PG)	69.103	<i>PG+I</i>	
	Intervention (I)	1.062	699	
	Outcome (O)	Organisation	864	
<i>PG+I+O_{org}</i> 31				
CINAHL	Patientgruppe (PG)	51.660	<i>PG+I</i>	
	Intervention (I)	80.085	4.488	
	Outcome (O)	Patient	96.882	
<i>PG+I+O_{pat}</i> 586				
I alt			5.672	
I alt – efter manuel frasortering af dubletter (= 344 hits)			5.328	

Tabel 2: Antal hits fordelt på databaser, PICO-dimensioner og MTV-elementer.

For yderligere uddybning af processen med litteratursøgning henvises specifikt til afsnit 3.1.2.1, hvor også de forskellige faser i processen med vurdering og sortering af den identificerede litteratur skitseres.

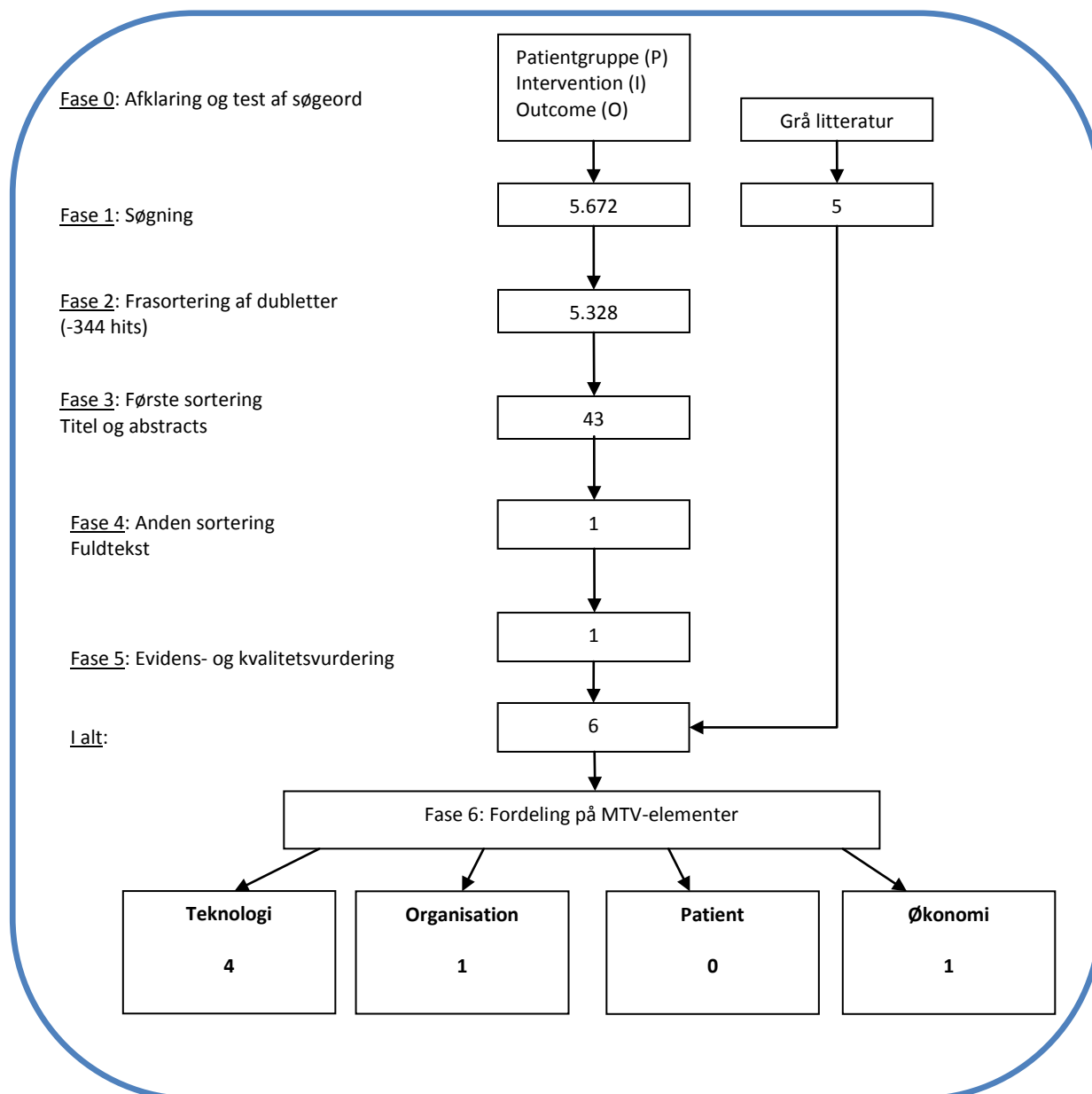
3.1.2 Vurdering og sortering af litteratur

En eksplicit strategi for vurdering og sortering af den identificerede litteratur er afgørende, så det sikres, at kun referencer af relevans for problemstillingen inkluderes i vurderingen. Der blev i alt identificeret 5.328

referencer (efter manuel frasortering af dubletter) og nedenfor beskrives, hvorledes disse referencer er behandlet, og på hvilket grundlag, de inkluderede referencer i denne rapport er fremkommet.

3.1.2.1 Processen med og resultatet af litteratursøgning og -sortering

I figur 3 nedenfor præsenteres en oversigt over faserne i litteratursøgnings- og sorteringsprocessen. Som det fremgår af figuren, har der været flere sorteringsfaser og en fase, hvor litteraturen kvalitets- og evidensvurderedes.



Figur 3: Antal hits fordelt på faser i litteratursøgnings- og sorteringsprocessen.

Fase 0: Afklaring og test af søgeord

Første fase af litteratursøgningsprocessen bestod i at identificere specifikke søgeord og brugbare kombinationer heraf.

Det er ikke muligt at anvende helt den samme søgestrategi i alle databaserne, da de anvender forskellige indekserede emneord (søgeord). Derfor er der først foretaget fritekstsøgninger med henblik på identificering af relevante indekserede emneord for den enkelte database. For yderligere uddybning af de anvendte søgestrategier, herunder valg af specifikke indekserede emneord, henvises til bilag 2 med komplette søgehistorikker og illustration i form af flow-charts af søgestrategier for de enkelte databaser.

Fase 1 og 2: Systematisk litteratursøgning og frasortering af dubletter

Ud fra de i fase 0 identificerede søgeord blev der efterfølgende foretaget afgrænsede søgninger i de udvalgte databaser. Typisk blev der indledningsvist foretaget en selvstændig søgning på PICO-dimensionen "patientgruppe" (P), som efterfølgende kombineredes med en selvstændig søgning på dimensionen "intervention" (I). Endeligt blev denne sammensatte søgning kombineret med søgning på relevante "outcomes" (O) inden for hvert MTV-element. Sammenligningsgrundlaget (PICO-dimensionen C = comparison) svarer til det nuværende scenarie (= ingen forløbskoordination), dvs. måden patientgruppen og deres forløb håndteres på udenfor OUH/Odense Kommune. Da der ikke umiddelbart findes egnede søgeord for dimensionen C, indgår denne ikke som en selvstændig del af søgestrategien.

Den fundne litteratur blev efterfølgende importeret til en Reference Manager database. Søgning på nogenlunde enslydende søgeord i forskellige databaser kan resultere i, at referencer figurerer flere gange i Reference Manager databasen, hvorfor dubletter efterfølgende blev frasorteret manuelt (i alt 344 hits).

Fase 3: Første sortering

Efter frasortering af dubletter blev den første grove sortering af referencer udført primært på baggrund af læsning af titel og hvis muligt/nødvendigt også abstract. Sorteringen blev foretaget med udgangspunkt i relevansen for nærværende problemstilling vurderet igen ved hjælp af PICO-dimensionerne:

- Patientgruppe (P): Patienter af anden etnisk herkomst end dansk (etnisk minoritetsbaggrund), der har komplekse helbredsproblemer med psykosomatiske/psyko-sociale problemstillinger.
- Intervention (I): Hospitalsbaseret forløbskoordination (jf. afsnit 1.3).
- Comparison (C): Nuværende scenarie (= ingen forløbskoordination), dvs. måden patientgruppen og deres forløb håndteres på uden for OUH/Odense Kommune.
- Outcome (O): Se mulige relevante outcomes fordelt på MTV-elementer i ovenstående tabel 1.

Det skal bemærkes, at det mest afgørende for vurdering af litteraturens relevans er dimensionerne "patientgruppe" (P) og "intervention" (I), idet litteraturen godt kan blive inkluderet selvom det rapporterede outcome (O) adskiller sig fra de ovenfor nævnte og sammenligningsgrundlaget (C) er et andet end nuværende dansk praksis.

Den første sortering er foretaget af to personer uafhængigt af hinanden og resulterede i inklusion af 43 hits til næste sorteringsrunde, svarende til mindre end 1 % af de oprindelige 5.328 identificerede hits. Dette vidner om såvel problemstillingens som interventionens kompleksitet og mangfoldighed, hvilket i høj grad har besværliggjort udarbejdelsen af en tilpas omfattende og samtidig specifik søgestrategi.

Som mål for overensstemmelsen mellem de to personer, der uafhængigt af hinanden har vurderet litteraturen beregnes en kappa-koefficient, der fortæller, hvorvidt inklusionen eller eksklusionen af litteraturen afhænger af, hvem der vurderer den. Den tager således højde for, at en del af den observerede

overensstemmelse mellem de to vurderinger alene skyldes tilfældigheder¹⁴. Med en kappa-koefficient på 0,23 opnåedes en svag overensstemmelse, hvilket igen understreger såvel problemstillingens som interventionens kompleksitet og vanskelige afgrænsning.

Ved uoverensstemmelser i vurdering af relevansen af den identificerede litteratur afklaredes dette ved en indbyrdes fælles gennemgang af de ovenfor nævnte relevanskriterier, og hvis nødvendigt inddragelse af en tredje uafhængig bedømmer. I alt ekskluderedes ved første sortering således 5.285 hits, hovedsageligt fordi indholdet i interventionen eller patientgruppen ikke var sammenlignelig med hverdagen i IMK. Dette uddybes nærmere i afsnit 4.1.2.

Endeligt blev den indledende sorteringsproces kvalitetssikret ved, at overlæge M. Sodemann fra IMK gennemgik en tilfældig stikprøve på 100 hits af de oprindelige 5.328 hits med henblik på vurdering af relevans efter ovenstående forskrifter. Den observerede overensstemmelse i vurdering af relevans var 100 %.

Fase 4: Anden sortering

Referencerne inkluderet efter den første grove sortering blev efterfølgende gennemgået i fuldtekstversioner – igen med det formål at ekskludere dem af minimal relevans for problemstillingen og/eller som ikke opfylder de ovenfor nævnte inklusions- og eksklusionskriterier. Af de i alt 43 inkluderede referencer blev 42 ekskluderet ved denne anden sortering, hovedsageligt fordi den nævnte intervention eller patientgruppe igen ikke har modsvaret hverdagen i IMK, eller fordi studierne udelukkende har været deskriptive uden egentlige metodeafsnit eller effektvurderinger (jf. afsnit 4.1.2).

Fase 5: Kvalitets- og evidensvurdering

Jf. afsnit 3.1.1 var hensigten med det systematiske litteraturstudie at inkludere relevante artikler med så højt et evidensniveau som muligt, og efterfølgende at evidens- og kvalitetsvurdere de artikler, der blev endeligt inkluderet. Det eneste identificerede studie, der levede op til in- og eksklusionskriterierne, er studiet af Goldberg et al. (32), som er et før/efter-studie uden kontrolgruppe, altså et quasi-eksperimentelt studie.

Quasi-eksperimentelle designs er mangeartede, men er generelt karakteriseret ved ikke at anvende randomisering (33). Manglende randomisering, og i dette tilfælde manglende kontrolgruppe, gør det svært at estimere, hvorvidt en observeret effekt udelukkende kan tilskrives indsatsen, fordi undersøgelsen pr. design tillader andre mulige forklaringer på forskellen i effekt (bias). Af denne årsag rangerer quasi-eksperimentelle studier lavt i evidenshierarkiet.

I et systematisk litteraturstudie foreskrives det, at der anvendes tjeklister til kvalitetsvurdering af inkluderede artikler med henblik på vurdering af den metodiske kvalitet i den enkelte undersøgelse. Lav metodisk robusthed (som fx i et før/efter-studie uden kontrolgruppe) medfører i reglen eksklusion, men fordi studiet af Goldberg et al. (32) er det eneste relevante studie, der er identificeret i dette systematiske litteraturstudie, er det alligevel inkluderet her.

¹⁴ <http://statnoter.biolyt.dk/index.php?pageID=144> Besøgt 11.05.13.

Der er imidlertid ikke identificeret tjeklister til kvalitetsvurdering af quasi-eksperimentelle studier, hvorfor denne del er udeladt her. Som konsekvens heraf skal studiets resultater tolkes med forsigtighed, da effekten ikke med sikkerhed kan tilskrives indsatsen (33).

Ved evidensvurdering af det inkluderede studie er Sundhedsstyrelsens evidenshierarki (jf. bilag 3) med angivelse af evidensniveau og -styrke på grundlag af publikationstyper anvendt.

Fase 6: Fordeling på MTV-elementer

I sjette fase er relevante referencer, identificeret ved det systematiske litteraturstudie, lagt sammen med relevant grå litteratur anbefalet af eksperter, herunder interne notater og evalueringsrapporter fra IMK. Således er i alt 6 referencer medtaget som evidensgrundlag i denne rapport. Disse er efterfølgende sorteret ud på de fire MTV-elementer ud fra relevans for de fokuserede MTV-spørgsmål (jf. figur 3).

3.2 Delstudie 2: Registerstudie

Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport omkring etniske minoriteters forbrug af sundhedsvæsenet fra 2006, er der store forskelle i forbruget af sundhedsydelse blandt etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande, men tendensen er, at de benytter sundhedsydelser i større omfang end etniske danskere (34).

I delstudie 2 undersøges netop forbruget af sundhedsydelser hos en gruppe af patienter fra IMK.

3.2.1 Formål

Med henblik på at dokumentere effekten af IMKs indsats er formålet med dette registerstudie (delstudie 2), ved hjælp af tidsseriedata, at sammenligne forbruget af sundhedsydelser blandt patienter af anden etnisk herkomst end dansk henholdsvis før og efter, de har modtaget behandling ved IMK. Hermed er det muligt at belyse hvilke ændringer, der sker i patientgruppens træk på sundhedsydelser over tid.

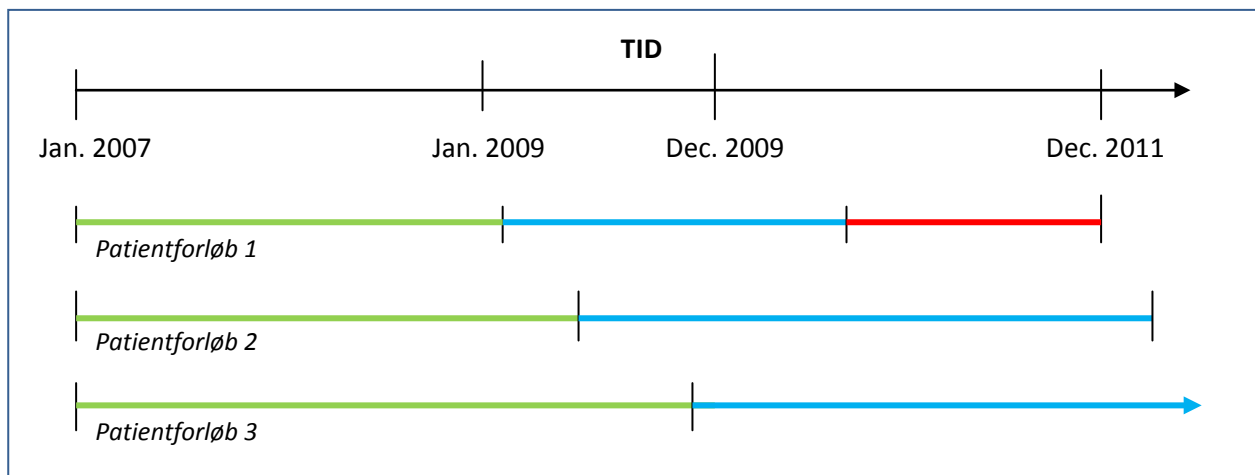
3.2.2 Design og population

I registerstudiet anvendes et før/efter-design baseret på retrospektive data fra perioden januar 2007 – december 2011. Populationen udgøres af i alt 132 patienter af anden etnisk herkomst end dansk, som er opstartet i forløb i IMK i løbet af 2009 og er bosat i Odense Kommune.

Før-målingen udgøres af data fra januar 2007 og indtil patientens opstart i klinikken i løbet af 2009, mens efter-målingen udgøres af data fra patientens afslutning i klinikken og indtil december 2011.

Observationsperioden løber således fra januar 2007 til december 2011 (5 år), hvor interventionsperioden udgøres af den tid, patienten er under behandling ved IMK.

I nedenstående figur 4 er for forskellige patientforløb illustreret henholdsvis før- og efter-perioder samt interventionsperiode.



Figur 4: Illustration af længden af perioder for 3 forskellige patientforløb hos IMK. Før-perioder er markeret med grøn og starter 1. januar 2007, interventionsperioder er markeret med blå og starter i løbet af 2009, mens efter-perioder (for de patienter, der har) er markeret med rød og afsluttes 31. december 2011. Observationsperioden løber fra 1. januar 2007 – 31. december 2011.

Både patientforløb 2 og 3 indgår uden en efter-periode, fordi disse patienter enten først blev afsluttet ved IMK efter observationsperiodens ophør (patientforløb 2) eller endnu ikke er blevet afsluttet ved IMK (patientforløb 3). Det gør sig gældende for 68 af de 132 (51,5 %) patienter, og der er således kun både før- og efter-målinger for 64 af de 132 (48,5 %) patienter.

3.2.3 Data

IMK har leveret cpr-nr. og interventionens start- og slutdato for i alt 132 patienter, der er opstartet i forløb hos klinikken i løbet af 2009. På baggrund af cpr-nr. er hentet udtræk fra en række lokale og nationale registre og databaser med henblik på at belyse patientgruppens forbrug af sundhedsydelser over tid (jf. tabel 3).

Register/database	Indhold
IMKs interne database	Cpr-nr., start- og slutdato
Fælles patientadministrativt system (FPAS)	Sygehuskontakter
Odense Kommune interne database	Sygepleje, hjemmepleje, træning m.m.
Sygesikringsregisteret	Sygesikringsydelser
Odense Pharmacoepidemiologiske Database (OPED)	Tilskudsberettiget medicin
DREAM-databasen (Den Registerbaserede Evaluering Af Marginaliseringsomfanget)	Sociale ydelser

Tabel 3: Anvendte registre og databaser i registerstudiet.

Datatilsynet har givet tilladelse til indhentning, samling og opbevaring af data. Efter indhentning og kobling af data er de blevet anonymiseret. Nøglen til sammenkobling af data og personidentificerbare oplysninger er opbevaret adskilt fra data. Data er indhentet, sammenkoblet og anvendt i overensstemmelse med regler fastsat af Datatilsynet. Udtagning af biologisk materiale eller behandling indgår ikke i projektet, som derfor ikke skal anmeldes til Videnskabetisk Komité.

IMKs interne database

Fra IMKs egen database er, som nævnt, hentet oplysninger om de 132 patienter, der er opstartet forløb i klinikken i løbet af 2009. Foruden cpr-nr. er fra IMKs interne database også oplyst individuelle startdatoer og, hvis afsluttet inden observationsperiodens ophør, også slutdatoer.

Pa baggrund af disse data udledes patientgruppens køns- og aldersfordeling, og gennemsnitlig periodelængde beregnes for henholdsvis før-, efter- og interventionsperioden.

Fælles patientadministrativt system (FPAS)

Fra det fælles patientadministrative system (FPAS) på Odense Universitetshospital (OUH) er udtrukket oplysninger om patientgruppens kontakt til sygehuset i observationsperioden. Følgende oplysninger er indhentet:

- Indlæggelser (indlæggelsesdato, akut/elektiv, psykiatri/somatik)
- Ambulante besøg (besøgsdato, psykiatri/somatik)
- Skadestue besøg (besøgsdato)

Disse data dækker kun patientgruppens forbrug af ydelser på OUH, og således ikke anden behandling, de måtte have modtaget på andre sygehuse i observationsperioden.

Odense Kommunes interne database

Fra Odense Kommunes interne registre er indsamlet følgende oplysninger om forbrug af ydelser (for eksempler jf. tabel 4):

- Sygepleje (dato, ydelsesbeskrivelse).
- Hjemmepleje (dato, ydelsesbeskrivelse).
- Aktivitet og træning (år + uge, funktion).
- Handicap og psykiatri (år + måned, tilbudstype).

Ydelse	Indhold/Type/Funktion
Sygepleje	<ul style="list-style-type: none"> • Medicin dosering • Restdosering • Medicin givning • Medicin andet • Hudpleje • Sårbehandling • Behandling kredsløb og respiration • Behandling andet • Undersøgelse ifm. behandling • Psykisk støtte • Omsorg andet • Oplæring af bruger eller pårørende • Ernæring • Kalendernotat • Udskillelse af affaldsstoffer • Hjemmebesøg
Hjemmepleje	<ul style="list-style-type: none"> • Personlig pleje • Praktisk bistand • Omsorg • Grundlæggende sygepleje
Aktivitet og træning (A&T)	<ul style="list-style-type: none"> • Genoptræning • Vedligeholdende aktivitet • Genoptræning (sundhedslov)
Handicap og psykiatri (H&P)	<ul style="list-style-type: none"> • Beskyttet beskæftigelse • Længerevarende botilbud • Almen bolig • Akt.- og samværstilbud • Ledsageordning

Tabel 4: Indholdet i/typen af kommunale ydelser.

Det havde været ønskværdigt med oplysninger om patientgruppens forbrug af kommunale enkelttydelser, men det var desværre ikke muligt, da systematisk registrering heraf kun forekommer fra 2010 og frem i

Odense Kommune. Kommunale enkeltydelser dækker økonomisk tilskud til behandling (fx medicin, tandlæge, fysioterapi) og uforudsete udgifter (fx elregning, boligindskud).

Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret under Statens Serum Institut (SSI) indeholder oplysninger om afregning af sygesikringsydelser mellem regioner og ydere under sygesikringen, herunder fx alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer m.fl. Data findes fra 1990 og frem, og opdateres hver måned. Med disse data er det altså muligt at analysere patientgruppens forbrug af ydelser støttet af den offentlige sygesikring¹⁵.

Fra sygesikringsregisteret er modtaget følgende data:

- År + uge
- Speciale
- Gruppering af ydere (jf. tabel 5)

Ydelse	Ydelsesgruppering
Sygesikring	<ul style="list-style-type: none">• Almen læge• Vagtlæge• Øjenlæge• Øre-næse-halslæge• Anden speciallæge• Tandlæge• Fysioterapeut• Kiropraktor• Psykolog• Statens Seruminstitut• Selvstændige laboratorier• Tolke

Tabel 5: Gruppen af ydere i sygesikringsregisteret.

Odense Pharmacoepidemiologiske Database (OPED)

OPED er en komplet, personhenførbart database, som indeholder oplysninger om samtlige indløsninger af tilskudsberettiget medicin for alle indbyggere i det tidligere Fyns Amt. Hver receptpost indeholder cpr-nummer, dato for indløsning, apotek, ydernummer og en nøjagtig identifikation af den udleverede vare og mængde. Registret er baseret på rutinemæssigt indsamlede oplysninger om tilskudsrefusion, som anvendes i afregningen mellem amterne og de enkelte apoteksfilialer¹⁶.

Følgende oplysninger er indhentet fra OPED:

- Ekspeditionsdato
- ATC-kode (til klassifikation af lægemidler, 7 cifre).
- Præparatnavn

Med disse data muliggøres en analyse af patientgruppens mønster for forbrug af tilskudsberettigede lægemidler over tid. Inkluderet er kun tilskudsberettiget medicin og opgørelserne er desuden baseret på faktiske indløsninger af medicinen.

DREAM-databasen (Den Registerbaserede Evaluering Af Marginaliseringsomfanget)

DREAM er en forløbsdatabase baseret på data fra blandt andet Beskæftigelsesministeriet og Social- og Integrationsministeriet. I denne database samles oplysninger om samtlige offentlige forsørgelsesydelser på

¹⁵ <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Registre/Sygesikringsregister.aspx> Besøgt 24.11.13

¹⁶ <http://www.ouh.dk/wm402676> Besøgt 14.03.14.

ugebasis, således at der for hver uge siden medio 1991 findes oplysninger om, hvorvidt der til en borger er udbetalt forsørgelsesydelse¹⁷.

Fra DREAM-databasen er hentet følgende data:

- År + uge
- Ydelsesgruppering (jf. tabel 6).

I databasen er der for hver uge imidlertid kun registreret én ydelseskode. Det betyder, at hvis der i samme uge er udbetalt forskellige ydelser registreres kun den, der er "vigtigst" ud fra et hierarki som vist i bilag 4.

Ydelsesgruppering	Ydelser	
Barsel	• Barseldagpenge	
Efterløn	• Efterløn	
Ferieledighed	• Ferieleddighed fra beskæftigelse • Ferieleddighed fra beskæftigelse (>50 % i ugen)	• Ferieleddighed fra beskæftigelse (<50 % i ugen)
Fleks- og skånejob	• Fleksjob, offentlig arbejdsplads	
Førtidspension	• Førtidspension	
Kontanthjælp (kth.)	• Arb. parat kth., ordinær uddannelse • Arb. parat kth., særligt tilrettelagte uddannelser • Arb. parat kth., vejledning af opkvalificering • Arb. parat kth., virksomhedspraktik • Arb. parat, starthjælp • Forrevalidering • Introduktionsydelse • Introduktionsydelse, danskundervisning • Introduktionsydelse, vejledning og opkvalificering	• Kontanthjælp • Kontanthjælp, ordinær uddannelse • Kontanthjælp, særligt tilrettelagte uddannelser • Kontanthjælp, vejledning af opkvalificering • Kontanthjælp, virksomhedspraktik • Omfattet af 300-timers reglen • Starthjælp • Starthjælp, vejledning og opkvalificering
Ledighed	• Fuld ledighed • Ledighed (>50 % i ugen)	• Ledighed (<50 % i ugen)
Ledighedsydelse	• Ledighedsydelse	• Ledighedsydelse, vejledning og opkvalificering
Løntilskud og virksomhedspraktik	• Korte vejlednings- og afklaringsforløb • Løntilskud, kommunal • Løntilskud, privat	• Løntilskud, privat arbejdsplads, kontanthjælp/starthjælp • Virksomhedspraktik
Selvforsørgelse	• Selvforsørgende	
Sygedagpenge	• Sygedagpenge • Sygedagpenge, fra ledighed	• Sygedagpenge, under aktivering
Uddannelse	• SU med ydelse	• SU uden ydelse
Andet	• Død • Folkepension	• Ikke bosiddende i Danmark • Opkvalificering

Tabel 6: Patientgruppens offentlige forsørgelsesydelse og gruppering heraf fra DREAM-databasen.

¹⁷ http://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Data/Andre_Styrelser.aspx Besøgt 24.11.13.

3.2.4 Statistisk analyse

I de statistiske analyser sammenlignes et gennemsnitligt forbrug af ydelser pr. patient i henholdsvis før- og efter-perioden og det undersøges, hvorvidt ændringen i forbruget af ydelser over tid er statistisk signifikant.

Som illustreret i figur 4 er længden af henholdsvis før- og efter-perioden samt interventionsperioden forskellig både for den enkelte patient og fra den ene patient til den anden. Det skyldes, at patienterne hverken opstarter eller afslutter interventionsperioden samtidig. Observationsperioden (fra 2007-2011) er ens for alle patienterne, og det er deres forbrug af ydelser indenfor denne periode, der har interesse i nærværende registerstudie.

Når før-perioden og efter-perioden hos en patient ikke er lige lang, er risikoen for fx at blive indlagt heller ikke den samme i de to perioder. Med henblik på at tage højde for netop dette anvendes events pr. personår som primært outcome-mål. Denne incidensrate udregnes ved at dividere det totale antal af events i perioden med det totale antal år perioden har varet:

$$\text{Events pr. personår} = \frac{\text{Antal events i perioden}}{\text{Antal personår i perioden}}$$

Med denne incidensrate måles det gennemsnitlige antal af events pr. person pr. år.

Fordelingen af disse forbrugsdata er typisk kritisk skæv ofte med ekstreme observationer (såkaldte outliers), og er dermed ikke normalfordelte. I sådanne tilfælde er medianen ofte et mere repræsentativt mål for størstedelen af data sammenlignet med middelværdien (35). Men da medianen kun baserer sig på en enkelt observation, og mere end halvdelen af patienterne typisk ikke har oplevet nogen events i de enkelte perioder, viser medianen blot, at kun medianpersonen ikke har oplevet en event i den givne periode. Derfor rapporteres både medianen og gennemsnittet (mean) i tabel 16.

Korrektion: Ydelsesdata er opgjort på ugebasis og altså ikke med samme præcision som patienternes start- og slutdatoer. Derfor konverteres de eksakte start- og slutdatoer til ugeniveau for at bestemme, hvorvidt ydelserne forekommer før, under eller efter behandling ved IMK. Konverteringen medfører en risiko for, at en ydelse, der reelt forekommer i fx før-perioden, fejlagtigt registreres som forekommende i interventionsperioden¹⁸. Denne usikkerhed får særlig betydning i de tilfælde, hvor der kun registreres én ydelse pr. person pr. uge som ved DREAM-data, hvor indledende analyser viser, at tælleren i ovenstående brøk (antal events i perioden) bliver kunstigt for højt. For at imødegå ovenstående konverteringsusikkerhed justeres analysen af DREAM-data, så der lægges 14 dage til hver af periodelængderne (brøkenes nævner øges).

Test af statistisk signifikans

Med et før/efter-design måles flere gange på de samme patienter, hvorfor data er afhængige, og antagelsen om datas normalfordeling er, som nævnt ovenfor, sjældent opfyldt i dette tilfælde. Sidstnævnte kan imødekommes med henvisning til Central Limit Theorem (som siger, at fordelingen af middelværdier i

¹⁸ Eksempel: En patient opstarter forløb i IMK onsdag i uge 1. Konvertering af eksakt start-dato til ugeniveau betyder, at patienten opstarter i uge 1. Patienten modtager en ydelse mandag i uge 1, hvilket således registreres som værende forekommet i interventions-perioden, selvom det reelt forekommer før patienten opstarter behandling hos IMK.

en stikprøve er normal, selv når de enkelte observationer/målinger ikke er normalfordelte) (35). Endeligt forekommer der i en stor del af data ekstreme observationer, som i høj grad påvirker konklusionerne (influentielle outliers).

I betragtning af det forholdsvis problematiske datamateriale rapporteres derfor ikke-parametriske test, hvor hver observation erstattes af sin rang efter outcome-variablen er blevet sorteret i stigende størrelsesorden. De ikke-parametriske tests har ikke samme styrke i forhold til at påvise en reel forskel (ligger ofte 10-15 % under), men er til gengæld mere robuste i den forstand, at de påvirkes mindre af ekstreme observationer (35).

Eftersom data er parrede, og dermed afhængige, anvendes til vurdering af, om den observerede ændring i forbrug af sundhedsydelser over tid er statistisk signifikant, det ikke-parametriske alternativ til en parret t-test – nemlig en wilcoxon signed rank test. Med denne test undersøges om medianen af differencerne mellem før- og eftermålinger er lig med nul (= nulhypotesen). Fordi denne test baserer sig på differencen mellem par af observationer kræver den, at patienterne er observeret både før og efter. Det betyder, at der ved denne test mistes data i form af før-målingerne for de 68 patienter, som ingen efter-periode har. Derfor rapporteres også det ikke-parametriske alternativ til en uparret t-test – nemlig en wilcoxon rank sum test. Med denne test undersøges om forskellen mellem medianen for henholdsvis før- og efter-målingen er lig med nul (= nulhypotesen) (35). Fordi denne test baserer sig på medianen for henholdsvis før- og efter-målingerne kan før-målinger for alle 132 patienter indgå, uanset om de også er observeret i efter-perioden, men der tages imidlertid ikke højde for dataenes afhængighed.

4. Resultater

Resultaterne af det systematiske litteraturstudie viser, at IMK formentlig er de første og eneste i Europa, der tilbyder patienter af anden etnisk herkomst hospitalsbaseret forløbskoordination som beskrevet indledningsvist i afsnit 1.2 og uddybet nedenfor i afsnit 4.1.1. Derfor er evidensen for effekterne af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk særdeles sparsom (jf. figur 3), og forventningen om ikke at finde meget videnskabelig litteratur på området blev indfriet.

I en undersøgelse af udenlandske erfaringer med anvendelsen af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet foretaget af Sundhedsstyrelsen i 2006, understreges det, at holdningen til, hvori problemerne med etniske minoritetspatienter specifikt består, hvad der bør gøres og hvorfor, varierer fra land til land og er tæt knyttet til oplevelsen af konkrete praktiske problemstillinger. Afgørende herfor er landenes migrationsmønstre og minoritetsgruppernes karakteristika, herunder deres sammensætning, sygdomsmønstre og status. Det munder ud i forskellige løsningsmodeller, som sjældent er direkte sammenlignelige på tværs af landegrænser (20).

I dette afsnit uddybes først den indledende præsentation af IMK (jf. afsnit 1.2) med beskrivelse af klinikkens baggrund, samlede indsatspakke og patientgruppe. Dernæst gennemgås resultaterne af de to delstudier fordelt på de relevante MTV-elementer.

4.1 Teknologi

MTV-spørgsmålene, der ligger til grund for teknologiafsnittet er:

Hvad er effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination sammenlignet med ingen forløbskoordination på patientgruppens fysiske og psykiske helbred? (Delstudie 1)

Hvad er effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination i forhold til ingen forløbskoordination på patientgruppens forbrug af sundhedsydelser? (Delstudie 2)

4.1.1 Indvandrermedicinsk Klinik (IMK)

Baggrund

Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Odense Universitetshospital (OUH) blev i 2008 etableret som et ambulatorium i tilknytning til Infektionsmedicinsk Afdeling Q på grund af den voksende dokumentation for ulighed i såvel adgangen til som brugen og kvaliteten af sundhedsydelser i både primær og sekundær sektor. IMK har således igennem mere end 5 år opsamlet erfaringer med udredning og behandling af patienter af anden etnisk herkomst end dansk med langvarige og sammensatte helbredsproblemer. Denne patientgruppe er typisk opgivet af sygehusafdelinger og praktiserende læger, og er 'parkeret' uden handlingsplaner i kommunalt regi pga. uafklaret sygdom (19).

Idéen om hospitalsbaseret forløbskoordination som intervention opstod på baggrund af erfaringer fra IMK og drøftelser med Odense Kommune. Her stod det klart, at patienternes forløb typisk var præget af en blanding af helbredsmæssige og sociale problemstillinger, der til tider kunne skygge for hinanden og således forhindre korrekt udredning og afklaring samt iværksættelse af såvel hensigtsmæssig behandling

som socialfaglig hjælp. Et fælles tværsektorielt projekt omkring hospitalsbaseret forløbskoordination blev herefter søsat i april 2009 med ansættelse af en tværgående socialrådgiver i Odense Kommune med placering på OUH. Hovedformålet med forløbskoordinationen var at forbedre kommunikationen og samarbejdet på tværs af såvel faggrænser og sektorer (36).

Udover det faktum, at sprogbarrierer, lav health literacy og mangel på information om det danske sundhedsvæsen udgør kernen i den veldokumenterede ulige adgang til sygehusbehandling af sædvanlig kvalitet (jf. afsnit 1.1), spiller en række uventede problemstillinger af klinisk betydning også ind – fx når udredningsforløb stoppes, symptomer overses eller fejlfortolkes og nødvendig behandling enten ikke opstartes eller stoppes for tidligt (jf. tabel 7). Ifølge erfaringerne fra IMK kræver følgerne af traumer og tortur i sammenhæng med patientgruppens øvrige karakteristika særlige klinisk etniske kompetencer i et tværfagligt hospitalsbaseret behandlermiljø (7).

PROBLEMSTILLING	PROBLEMKERNE OG KONSEKVENS
Sygehistorie, anamnese	Sprogbarrierer giver besvær med at optage anamnese og årsags-virknings-sammenhænge. Det kan sammen med forskellige opfattelser af kronologi med føre misvisende anamnese. Patienter med PTSD har en påvirket og forvredet hukommelse, der fejlopfattes som om patienten (bevidst) er dårlig oplyser.
Operation af ryg, skulder, knæ osv.	Kan skyldes neurogene smerter ved PTSD, tortur, depression, angst, granatsplinter.
Samtaler med psykolog, vurdering	Patienten skal selv finde psykolog, lave aftaler og søge ydelseskantor om tilskud.
Demens	Der udføres meget sjældent test af demens hos patienter med sprogbarrierer. Ofte medfører PTSD pseudodemens med hukommelses-, orienterings- og koncentrationsbesvær.
Fibromyalgi	Svær kronisk PTSD er hyppigt blevet mistolket som fibromyalgi og kronisk træthedssyndrom pga. manglende klinisk-etniske kompetencer hos privatpraktiserende læger.
Arbejdsskader, arbejdsulykker	Rapporteres/anmeldes ikke, overses eller fejlopfattes.
Særligt stigmatiserende symptomer	Urin inkontinens, fæces inkontinens, fysisk handicap, psykiske problemer, medicinmisbrug og seksuelt misbrug rapporteres kun nødtvungent af patienter.
Ansøgning om hjælpemidler og handicap-støtte	Patienterne kender ikke rettigheder, indgangsveje, patientforeninger. De har ingen systemkompetencer og skemaerne er svære at udfylde.
Patientforeninger	Foreninger har ikke etnisk kompetente medarbejdere, ingen særlige tilbud ved sprogbarrierer og er ikke pro-aktive i forhold til socialt udsatte.
Hensigtsmæssige patientforløb ved svær sygdom, der involverer flere organsystemer (og flere afdelinger), samtidig psykiatrisk lidelse	Der er ingen koordinator, ingen styrer og prioriterer ambulante tider. Patienter ved ofte ikke hvad de skal, hvor de er eller hvor de skal henvende sig ved tvivl eller problemer, og havner ofte på den forkerte afdeling. Mange familiemedlemmer involveres for at hjælpe. Patienten skifter ofte kontaktlæge (og sagsbehandler), og vælger ofte én sygdom at koncentrere sig om ad gangen, men det opfanges ikke på sygehusafdelinger.
Graviditet	Angst, familiesituation, svage sociale netværk, bekymring for svigt af øvrige børn, skilsmisse og mange sygehusbesøg. Eventuelle komplikationer forværres ofte af sprogbarrierer.
Medicin substitution og omlægning af medicinsk behandling	Mangel på information om medicin og substitution tilpasset patienter med sprogbarrierer medfører fejl dosering med bivirkninger og komplikationer til følge.
Reproduktiv sundhed	Information om HPV-vaccine, kondom, p-piller osv. er præget af manglende klinisk-etniske kompetencer og medfører misforståelser og lav adgang.
Multifarmaci	Patienter, der føler sig misforstået og afvist, opsøger hjælp flere steder, inkl. i nabo- og hjemlande, hos venner og bekendte. Dermed opstår skjult polyfarmaci, som bedst afdækkes med hjælp fra tosprogede kliniske farmaceuter.
Funktionelt ensomme, familiesammenførte fraskilte, enlige kvoteflygtninge	Etniske minoriteter er dobbelt så hyppigt ensomme som etniske danskere, og en række andre forhold omkring flugt og opholdsgrundlag bidrager til det sparsomme netværk. Professionelle antager fejlagtigt, at en stor familie er ensbetydende med god støtte fra pårørende.
Lav health literacy	Sundhedsprofessionelle antager en vis viden om krop og sygdom, som dog ofte ikke er til stede hos patienter med lav/ingen skolegang eller fra lande, hvor detaljeret viden om kroppen ikke er socialt acceptabelt.
Egenomsorg	Ingen er født med et egenomsorgs-gen. I mange lande er familien mindste enhed og den enkelte tager ikke beslutninger egenhændigt. I flere lande er det ikke acceptabelt at have egen mening/vilje før man har børnebørn.
Lave systemkompetencer	Mange patienter kan ikke kende forskel på sygehuse, afdelinger, personaletyper. De kender ikke ansvarsfordelingen og ved ikke hvor, de skal henvende sig ved tvivl. De ved ikke, at disse kompetencer forudsættes, eller hvordan de skal tilegne sig dem.
Etniske/kulturelt betingede smerter	Overset PTSD, astma, diskusprolaps i nakken, tandbylder, spinalstenose, knogletumor, medfødte knogle misdannelser, granatsplinter, angst.

PROBLEMSTILLING	PROBLEMKERNE OG KONSEKVEN
Omfattende brug af gråzonesprog	Gråzoneord er ord, som professionelle anvender i mødet med patienten, fordi de ikke anses for at være forklaringskrævende (fx BMI, venflon, diabetes, egenomsorg, MR, virus, levertal). Gråzoneord udgør en skjult barrierer ved sprogproblemer og tolkeanvendelse.
Opholdsgrundlag	Opholdsgrundlaget kan ofte forstyrre egenomsorg, motivation og livskvalitet så meget, at patienten af denne grund har lav compliance og opgives af sundhedsvæsenet.

Tabel 7: Eksempler fra IMK på særlige helbredsmæssige (og relaterede) problemstillinger, der ofte kompliceres af samtidig forekomst af sprogbarrierer, uhensigtsmæssige arbejds gange, manglende klinisk-etniske kompetencer og tolkebrug (7).

Patientgruppens karakteristika

Patienterne i IMK er typisk svage borgere med komplekse sammensatte helbredsproblemer. De er af begge køn, har en gennemsnitlig alder på 42 år og stammer primært fra Iran, Irak, Afrika syd for Sahara, Afghanistan, Eksjugoslavien, Somalia, Tyrkiet, Pakistan, Sri Lanka og en række østeuropæiske lande. De har i gennemsnit haft ophold i Danmark i 12 år, hvor de ofte uerkendte helbredsmæssige problemer gradvist er forværret. Et utilsigtet, men ifølge IMK klart biprodukt af den stigende specialisering i sygehusbehandlingen er, at etniske minoritetspatienter synes at ende som en gruppe af patienter i 'ingenmandsland' – for komplicerede og tidskrævende for både den praktiserende læge og den specialiserede sygehusafdeling (7, 19). Det overordnede billede er derfor, at patientgruppen på henvisningstidspunktet karakteriseres ved:

- Sparsomme anamneser (sygehistorier)
- Uklare sygdomsbilleder og ofte multisygdom (fx Posttraumatisk belastningsreaktion, Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD), tortur- og krigstraumer, diabetes, anæmi, D-vitamin mangel, tuberkulose m.fl.)
- Suboptimale udredningsforløb og uerkendt sygdom
- Anderledes forbrug af sundhedsydelser (fx gentagne akutte indlæggelser)
- Multifarmaci
- Lav eller ingen health literacy
- Frygt og angst over for samt mistillid til sundhedsvæsenet
- Svære problemer med compliance og nedsat evne til egenomsorg
- Sociale og/eller økonomiske problemer af varierende grad
- Svage sproglige færdigheder og sprogindlæringsvanskeligheder
- Svag eller ingen arbejdsmarkedstilknytning
- Få eller ingen systemkompetencer
- Minimalt netværk og ensomhed
- Handlingslammelse og hjælpeløshed
- Sygdomme hyppige i andre lande, fx laktoseintolerans

Klinikkens indsats

Det primære formål med IMK er at dokumentere, afbøde og forebygge de helbredsmæssige konsekvenser af ulige adgang til sundhed, der opstår som følge af sprogbarrierer, minimal skolegang, stereotyper, antagelser, fordomme, mangelfulde etniske kompetencer blandt sundhedsprofessionelle samt sundhedsvæsenets organisatoriske udfordringer i forhold til særligt udsatte patientgrupper. Klinikken indsats handler således blandt andet om at hjælpe minoritetspatienter med at navigere omkring i sundhedsvæsenet og koordinere patienternes forløb i de mest komplicerede tilfælde med langvarige sammensatte helbredsproblemer, hvor egen læge og/eller kommunen har måttet givet op:

”Vi er ikke en specialafdeling for alle specialer og skal ikke være det, men vi kan erfaringsmæssigt detaljere og bearbejde patienternes sygehistorie sammen med patienten, så vedkommende bliver lettere at placere speciale-mæssigt og får et mere hensigtsmæssigt hospitalsforløb¹⁹”.

IMK tilbyder helbreds- og problemafklarende, lægeligt styrede, tværfaglige konsultationer – i gennemsnit 12 stk. pr. patient af ca. 1½ times varighed. Patienterne henvises typisk med ukarakteristiske somatiske symptomer (fx smerter) eller diffus, ukarakteristisk ubehag og angst for alvorlig somatisk sygdom, som medfører et stort ønske om somatisk intervention. De(n) indledende helbredsafklarende samtale(r) har til formål at klarlægge sammenhængen mellem og betydningen af patientens klager og problemer gennem patientens livshistorie. Ofte findes betydelige psykiske og/eller sociale problemer, som projiceres som somatiske symptomer (7, 19).

I disse konsultationer kan både læge, sygeplejerske, socialrådgiver og (video)tolk indgå, og patientens forløb kan derefter fortsætte i de 4 parallelle spor nedenfor.

Læge-sporet

Lægen er overordnet ansvarlig for patientens samlede behandlingsforløb, hvilket blandt andet indebærer sammenfatning af hidtidige helbredsproblemer og genoptagelse af afbrudte undersøgelsesprogrammer, indhentning af lægefaglige oplysninger, problemafklaring, yderligere udredning og undersøgelse af både somatisk og psykisk karakter, kontakt til samarbejdspartnere, patientinformation, forslag til yderligere undersøgelser og socialmedicinske foranstaltninger (jf. figur 6). Lægen deltager i ca. 63 % af de ambulante besøg, og klinikken råder over 2 overlæger og 1 afdelingslæge (19).

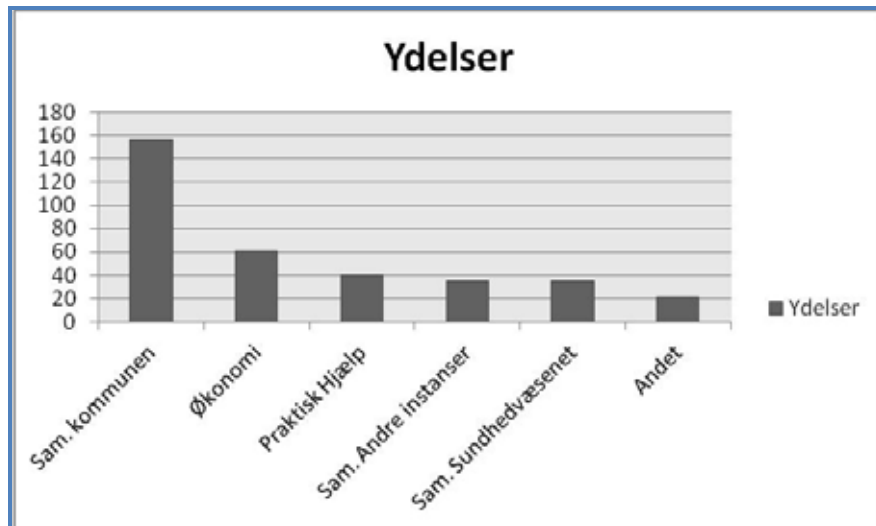
Sygeplejerske-sporet

Sygeplejersken er patientens primære kontaktperson i klinikken, og varetager blandt andet træning og støtte i forhold til egenomsorg og compliancesvigt. Sygeplejersken har hyppigt kontakt til patienten – både ved fremmøde og via mobil/SMS (jf. figur 6). Ved hurtige patientforløb (<1 års varighed) har sygeplejerskerne ca. 3 kontakter pr. år pr. patient, mens der typisk er månedlig kontakt ved de mere komplicerede tilfælde (>1/3 af patienterne). Sygeplejerskerne varetager selvstændigt 34 % af de ambulante besøg, og klinikken råder over 5 sygeplejersker (19).

Socialrådgiver-sporet

Socialrådgiveren formidler og kvalificerer kontakt til kommuner og myndigheder, og håndterer dermed en række sociale og økonomiske problemstillinger, der ofte i stort omfang bidrager til patienternes komplekse situation. Socialrådgiveren tager fx på hjemmebesøg, til møder med kommunen og indgår desuden i tværfaglige konferencer vedrørende den enkelte patient (jf. figur 6). Ca. ¼ af patienterne har behov for hjælp fra klinikkens socialrådgiver, og socialrådgiveren varetager selvstændigt ca. 10 % af alle de ambulante besøg i klinikken. Klinikken råder over 1 socialrådgiver og den sociale del af IMKs indsats kan ofte afsluttes efter ca. 4 uger. Nedenstående figur 5 viser andelen af forskellige typer af socialrådgiverydelser for 267 af klinikkens patienter, som fra 2008-2013 har modtaget socialrådgiverydelser (7, 19).

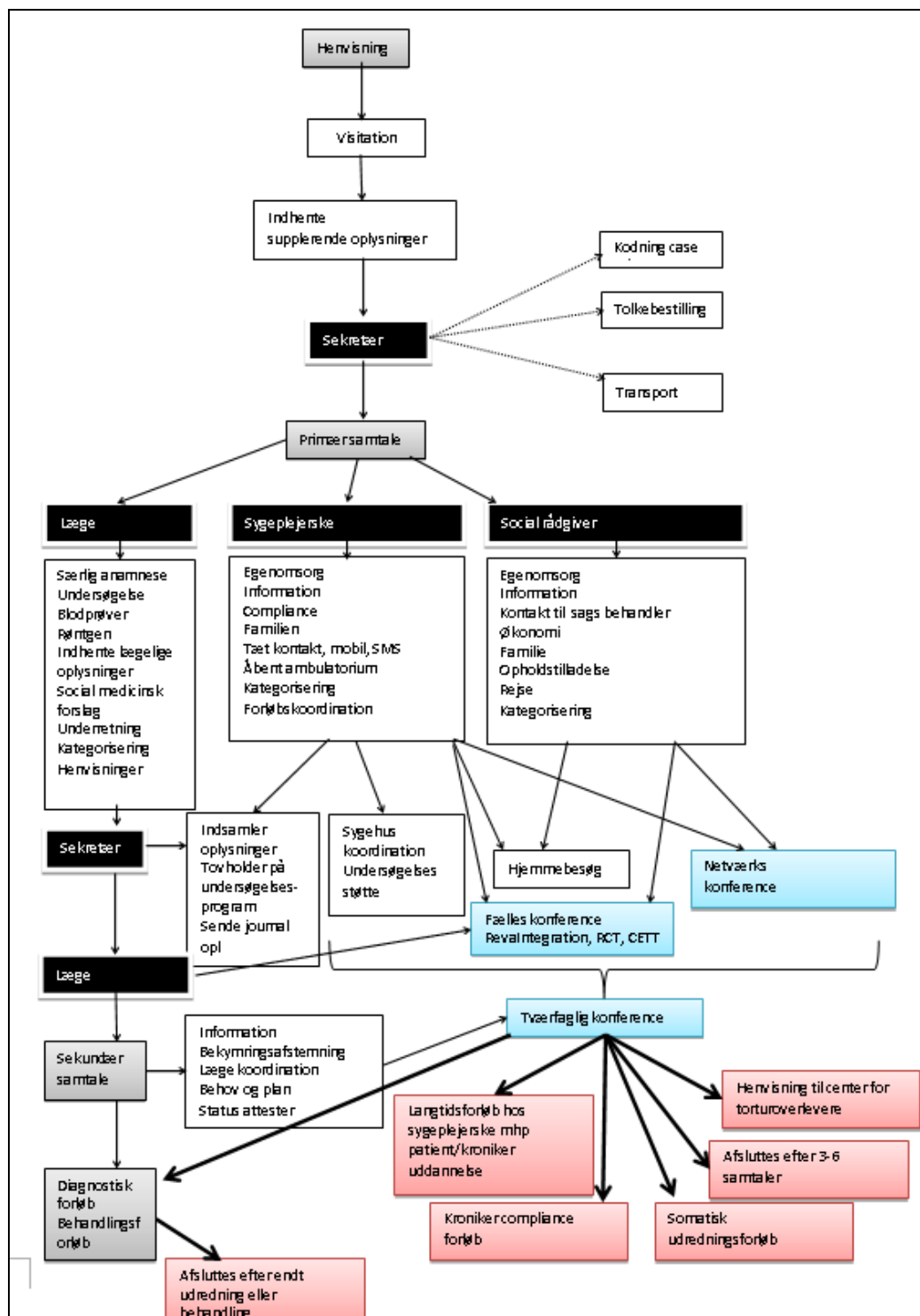
¹⁹ Personlig kommunikation med overlæge M. Sodemann, september 2013.



Figur 5: Typer og forbrug af socialrådgiver-ydelser for 267 patienter i IMK fra 2008-2013 (7).

Sekretær-sporet

Sekretæren sørger for, at informationer indhentes fra kommuner, praktiserende læger og myndigheder, og sikrer, at patienterne præsenteres for den relevante sagsbehandler i klinikken. Således har sekretæren primært telefonisk kontakt, og således sjældent direkte klinisk kontakt med patienterne, men spiller en central rolle i forhold til at sikre fremmøde og hensigtsmæssighed i patientforløb, problemløsning i forbindelse med aftaler og rekvirering af tolke (jf. figur 6), (19).



Figur 6: Den overordnede aktivitetsstruktur i IMK (19).

Hospitalsbaseret forløbskoordination

Som det fremgår af såvel den indledende beskrivelse af IMK som den ovenstående gennemgang af klinikkens indsatspakke, begrænser klinikkens arbejde sig ikke til udredning og behandling af etniske minoritetspatienter, men rummer en mangfoldighed af aktiviteter og ydelser. Det primære fokus for det systematiske litteraturstudie er imidlertid effekten af den delmængde af IMKs samlede indsats, der

omhandler hospitalsbaseret forløbskoordination, og som primært varetages af klinikkens sygeplejersker og socialrådgiver. Den hospitalsbaserede forløbskoordination indebærer i hovedtræk følgende (7):

- Afklaring af patientens baggrund og økonomiske, sociale samt familiemæssige situation
- Tovholder på (tværsektorielle)patientforløb, herunder sagsbehandling og hjælp til ansøgning om ydelser
- Støtte til nye og genoptagelse af afbrudte undersøgelses- og behandlingsforløb i hospitalsregi
- Støtte til fremmøde og bekymringsafstemning
- Hensigtsmæssig og målrettet kommunikation, herunder rådgivning og støtte
- Sagsbehandling og sikring af nødvendig dokumentation
- Samtaleforløb of kortlægning af livshistorier og problemliste

"[Refugee and War medicine] is a specialty that is unique by the variety of disciplines it involves. Sociology, anthropology, and cultural psychology are as important as emergency medicine, public health programs, and physical and psychological rehabilitation. A solid knowledge of ethnic groups, languages, and social, geographic, and climatic differences cannot be overemphasized".

C. Aguiillaume (<http://www.dtic.mil/docs/citations/ADA275101>)

4.1.2 Resultater af systematisk litteraturstudie

I Sundhedsstyrelsens antologi omkring etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen fremhæves det, at forskningen primært har været præget af få og begrænsede forskningsaktiviteter til trods for en stigende efterspørgsel efter systematiseret viden fra flere kanter. Mange problemer nævnes i medierne og den politiske debat, men dokumentationen for deres karakter, udbredelse, årsager og ikke mindst løsninger er fortsat utilstrækkelig (3).

Overordnet konstateres det i antologien (3), at den internationale forskning inden for migration og sundhed primært fokuserer på:

- Migranternes og etniske minoriteters sundhed og sygdomsmønstre, og
- Sundhedsvæsenets struktur, funktion og effekt i forhold til migranter og etniske minoriteter.

Som anskueliggjort ovenfor knytter begge disse punkter sig til bestemte kontekster og vil i en hvis grad være landespecifikt, hvorfor resultaterne ikke ukritisk kan overføres fra en kontekst til en anden. Specifikt for Danmark gælder, at forskningen væsentligst har været koncentreret om sygdomsmønstre og kontaktmønstre til sundhedsvæsenet for forskellige indvandrergrupper, psykiske traumer og specielle sygdomme samt om (manglende) kontakt og kommunikation mellem behandlere og patienter på tværs af sprogforskelle, værdier og holdninger (3). I et arbejdsnotat udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed understreges det netop, at litteraturen omkring etniske minoriteters sundhed i Danmark dækker sundhedsområdet bredt, og der findes forholdsvis få evalueringer af sundhedsfremmende indsatser rettet mod etniske minoritetsgrupper (37).

Dette forklarer – sammen med det faktum, at IMK formentlig er den eneste klinik af sin slags i Europa – i høj grad vores sparsomme fund af relevant litteratur i det systematiske litteraturstudie, hvor fokus netop har været på *effekten* af indsatser sammenlignelige med IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination.

Udover interne evalueringsrapporter fra IMK resulterede det systematiske litteraturstudie kun i inklusion af et enkelt relevant studie som evidensgrundlag. Fokus i litteraturen har således typisk været et andet, hvorfor størstedelen er blevet ekskluderet af primært følgende årsager:

- Usammenlignelig intervention – fx med fokus på effekten af enkeltstående behandlingstilbud (fx psykoterapi eller psykofarmaka) snarere end en sammensat intervention mere forenelig med indholdet i og formålet med IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination.
- Usammenlignelig patientgruppe – fx omhandlende romaer, latinoer, afroamerikanere eller amerikanske krigsveteraner, som adskiller sig væsentligt fra IMKs primære patientgruppe.
- Usammenlignelig setting – fx i form af kommunale afklaringsprojekter, hvor formålet har været vurdering af arbejdsduelighed uden nogen form for klinisk sigte eller forløbskoordination.
- Forkert studiedesign – fx deskriptive studier af forskellige interventioner/programmer uden forsøg på effektvurdering, og dermed også uden egentlige metodeafsnit.

Case Management (CM) og Patient Navigation (PN)

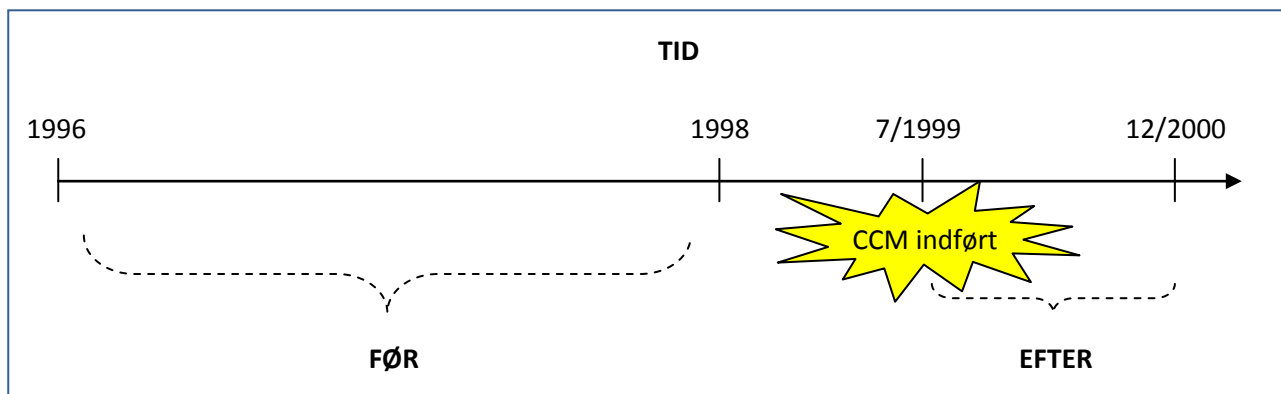
En del af den identificerede litteratur omhandler begreber som *Patient Navigation* (herefter PN) og *Cultural Case Management* (herefter CM), der hver især defineres på flere forskellige måder. Sådanne interventioner er langt fra entydige og spænder bredt fra at være tæt integreret i bestemte specialer i sygehusregi til at være mere perifere og selvstændige enheder; fra at blive leveret af fuldtidsansatte sundhedsprofessionelle til at blive leveret af frivillige medpatienter (38). De to begreber deler imidlertid typisk en række fælles træk, herunder at de (38, 39):

- Tilbydes og målrettes patienter individuelt
- Har til formål at reducere forsinkelser og sikre rettidig diagnose og behandling
- Typisk indeholder:
 - Identifikation af behov og afhjælpning af barrierer for adgang i sundhedsvæsenet, herunder sproglige og økonomiske problemstillinger
 - Sundhedsfaglig patientundervisning
 - Forløbskoordinering, herunder papirarbejde, tværsektoriel planlægning og kommunikation
 - Psykosocial støtte

Disse fællestræk stemmer fint overens med principperne for IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination, og Cultural Case Management er netop kernen i den artikel (32), der som den eneste fra det systematiske litteraturstudie er blevet inkluderet som en del af evidensgrundlaget i denne rapport. CM beskrives i en sygdomsspecifik kontekst (latent tuberkulose), og interventionen er – nøjagtig som IMKs indsats – mangefacetteret og begrænser sig således ikke til behandling og kontrol af tuberkulose alene.

Med det formål at øge antallet af nyankomne flygtninge, der bliver testet for tuberkulose og (hvis inficeret) gennemfører behandling herfor, blev der på en specialiseret tuberkuloseklinik i Washington, USA iværksat en ny og mere målrettet tilgang til håndteringen af latent tuberkulose under navnet "Cultural Case Management" (32).

Interventionen består i en tosproget, multikulturel CM-tilgang til kontrol og behandling af tuberkulose blandt nyankomne flygtninge fra det tidligere Sovjetunionen, det tidligere Jugoslavien og Somalia (n = 442). Effekten af interventionen undersøges i et før/efter-studie uden kontrolgruppe 18 måneder efter indførelse af den nye intervention (jf. figur 7).



Figur 7: Illustration af studiedesign i (32).

Tre udvalgte case managers – en somalisk, en russisk og en bosnisk – med erfaring inden for tolkning i klinisk regi blev undervist i tuberkulose, herunder processen med screening og behandling, og offentlig forvaltning generelt, herunder procedurer for henvisning til offentlige ydelser.

Den sædvanlige praksis består af tuberkulintests i forbindelse med generel medicinsk screening i klinikken. Ved et positivt resultat bliver patienten tilbudt generel undervisning i tuberkulose og skal møde op i klinikken til månedlige kontroller. Tolkningen foretages af professionelle tolke (ofte forskellige fra gang til gang), tosprogede sygeplejersker eller som sidste udvej gennem et familiemedlem eller en ven af familien. Den nye CM-tilgang til kontrol og behandling af tuberkulose rummer udover sædvanlig praksis følgende:

- Mulighed for hjemmebesøg, fx i forbindelse med tuberkulintests eller medicinforbrug, hvis mere bekvemt for patienten.
- Mundtlig uddannelse i tuberkulose, individuelt tilpasset patienten og dennes kultur
- Henvisning til yderligere sundhedsydelser og sociale tilbud, herunder blandt andet hjælp til ansøgning om bolig og social støtte
- Generel støtte og opbygning af netværk
- To brochurer med standard information omkring tuberkulose på patientens eget sprog

Resultaterne af interventionen viser, at 88 % (= 389/442) af de 442 flygtninge, der blev tilbudt interventionen påbegyndte behandlingen for latent tuberkulose, og af dem gennemførte 82 % (= 319/389). Blandt de 442 flygtninge, der blev tilbudt interventionen gennemførte 72 % (= 319/442) (jf. tabel 8).

Ved en sammenligning af gennemførelsesprocenten i de to perioder ses, at flygtninge, der blev tilbudt CCM opnåede statistisk signifikant bedre resultater end flygtninge fra tilsvarende lande i sammenligningsperioden (82 % vs. 37 % (205/557), $p < .001$). Tilsvarende positive resultater ses for andelen af patienter, der opstarter behandling i de to perioder henholdsvis før og efter (73 % vs. 88 %, $p < .001$), (jf. tabel 8). Implementeringen af CCM var således forbundet med øget accept og gennemførelse af behandling

for latent tuberkulose i alle 3 flygtningegrupper. Især de langsigtede og kontinuerede relationer med case managers af samme nationalitet, kultur og etnicitet var et afgørende element (32).

	Inkluderet Antal (%)	Påbegyndt behandling Antal (%)	Gennemført behandling Antal (%)
FØR	762 (100 %)	557 (73 %)	205 (27 %)
EFTER	442 (100 %)	389 (88 %)	319 (72 %)

Tabel 8: Antallet af patienter, der påbegyndte og gennemførte behandlingen for latent tuberkulose før og efter introduktion af "Cultural Case Management" (32).

Personer, der ikke blev tilbudt interventionen eller takkede nej (6 %) var for få og forskellige fra dem, der accepterede, hvorfor kun en historisk sammenligning var mulig. Et sådan studiedesign bestående af før- og eftermålinger uden kontrolgruppe har flere ulemper, særligt at ændringer i fx sammensætningen af flygtningestrømmen eller klinikens personale over tid delvist kan forklare de observerede forskelle. Med henvisning til Sundhedsstyrelsens evidenshierarki (jf. bilag 3) vurderes evidensniveauet for dette før/efterstudie at være 4.

Effekten af indsatser sammenlignelige med IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination er således særdeles sparsomt belyst. En stor del af litteraturen omhandlende PN og CM stammer fra USA, hvor sundhedsvæsenets organisering eller patientgruppens sammensætning sjældent er direkte sammenlignelige med danske forhold. Der er desuden typisk tale om mindre demonstrationsprojekter uden kontrolgruppe eller randomisering og med en lille stikprøvestørrelse. Dertil kommer, at interventionerne ofte er mangefacetterede og sammensat af en række adskilte delindsatser – nogle mere forenelige med IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination end andre. Disse indsatser evalueres imidlertid typisk under ét som en del af en samlet indsatspakke, hvilket umuliggør isolation af effekten af præcis de delindsatser, der er direkte sammenlignelige med elementerne i IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination.

Interne evalueringer af IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination

I erkendelse af den manglende evidens for effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination er IMK nu i gang med at dokumentere resultaterne af egen indsats og opbygge et evidensgrundlag i form af en række mindre interne og eksterne evalueringer.

Hovedformålet med det første fælles tværsektorielle projekt omkring hospitalsbaseret forløbskoordination i 2009 (jf. afsnit 4.1.1) var at forbedre kommunikationen og samarbejdet på tværs af såvel faggrænser som sektorer, og interventionen rummede således størstedelen af de elementer, der hører under hospitalsbaseret forløbskoordination som beskrevet i afsnit 4.1.1 (36). Med henblik på at dokumentere resultaterne af IMKs indsats, herunder den hospitalsbaserede forløbskoordination primært varetaget af socialrådgiveren, blev der i projektperioden udviklet et værktøj til kategorisering af klinikens patienter. Hermed blev det muligt at anskueliggøre patientforløbenes kompleksitet, fastlægge en passende indsats og følge patienternes udvikling over tid. På baggrund af en række oplysninger om patienterne, herunder deres sociale forhold og lægefaglige oplysninger, blev de ved opstart i klinikken således inddelt i 5 niveauer efter kompleksiteten af deres tilstand og problemstillinger (for yderligere beskrivelse af de 4 kategorier henvises til bilag 5). Ved projektets afslutning blev de samme patienter igen kategoriseret med henblik på at dokumentere henholdsvis deres progression eller regression inden for kategorierne. Kategoriseringen af patienter blev foretaget af henholdsvis en læge, en sygeplejerske og forløbskoordinatoren i IMK ved start og afslutning af projektet, og resultaterne fremgår af nedenstående tabel 9.

Faggruppe	Antal patienter	Resultater			
		Progression		Stilstand	Regression
		Min. 1 niveau	Mere end 1 niveau		
Læge	71 (100 %)	54 (76 %)	15 (21 %)	12 (17 %)	5 (7 %)
Sygeplejerske	72 (100 %)	56 (78 %)	8 (11 %)	14 (19 %)	2 (3 %)
Forløbskoordinator	74 (100 %)	38 (51 %)	13 (18 %)	33 (45 %)	3 (4 %)
Gennemsnit	72 (100 %)	49 (68 %)	12 (17 %)	20 (28 %)	3 (4 %)

Tabel 9: Resultater af forskellige interne faggruppers vurdering af patienters bevægelse mellem kategorier (36).

Generelt vurderes 68 % af patienterne at have flyttet sig til en mindre kompliceret helbredstilstand i projektperioden (progression, min. 1 niveau). Forløbskoordinatoren var med sin vurdering af progression blandt 51 % af patienterne mindre positiv i sin vurdering sammenlignet med lægen og sygeplejersken, som lå på henholdsvis 76 % og 78 % af patienterne. 17 % af patienterne blev generelt vurderet til at forbedre sig svarende til mere end ét niveau (progression, mere end 1 niveau).

I gennemsnit fik 28 % af patienterne vurderet deres helbredstilstand som uændret i projektperioden. Her adskiller forløbskoordinatorens vurdering sig igen med en vurdering af stilstand hos 45 % af patienterne i projektperioden mod henholdsvis 17 % og 19 % hos lægen og sygeplejersken. Endeligt vurderes 4 % af patienterne generelt at have flyttet sig til en mere kompliceret helbredstilstand i projektperioden.

De interne vurderinger af resultaterne af hospitalsbaseret forløbskoordination viser, at gennemsnitligt 2/3 (68 %) af patienterne ifølge klinikens medarbejdere opnår en forbedret helbredstilstand som følge af indsatserne i IMK. Desuden konkluderes i den interne rapport, at projektet bidrog til bedre patientforløb, øget tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, kortere sagsbehandlingstid i primær sektor, mere hensigtsmæssigt forbrug af ydelser og dermed økonomiske besparelser i såvel primær som sekundær sektor. Det skal bemærkes, at kategoriseringen af patienter er foretaget af interne medarbejdere ved IMK, og resultaterne skal ses i lyset heraf (36).

Foruden de interne kategoriseringer blev der foretaget en interviewundersøgelse blandt sagsbehandlere i Odense Kommune (40). Over fem dage blev samtlige sagsbehandlere – tilknyttet borgere, som var bosat i Odense Kommune og i gang med et udredningsforløb i IMK i den tid projektet kørte på forsøgsbasis – kontaktede telefonisk. I alt blev den kommunale sagsbehandling for 45 borgere tilknyttet 31 sagsbehandlere evalueret og resultaterne af undersøgelsen fremgår af nedenstående tabel 10.

SPØRGSMÅL (n = 45)	JA Antal (%)	NEJ Antal (%)	VED IKKE Antal (%)	TOTAL Antal (%)
Har du hos denne borger oplevet:				
1. Færre afbræk i sagsbehandling af denne borger	23 (51 %)	16 (36 %)	6 (13 %)	45 (100 %)
2. Mindre behov for lægelige oplysninger	15 (33 %)	27 (60 %)	3 (7 %)	45 (100 %)
3. Behov for lægelige oplysninger fra færre læger/afdelinger	26 (58 %)	15 (33 %)	4 (9 %)	45 (100 %)
4. At sagsbehandlingen har været fremskyndet	25 (56 %)	14 (31 %)	6 (13 %)	45 (100 %)
5. Færre borger kontakter	20 (44 %)	24 (53 %)	1 (2 %)	45 (100 %)
6. Bedre overblik over sagen	35 (78 %)	8 (18 %)	2 (4 %)	45 (100 %)
7. Mere sammenhængende forløb	34 (76 %)	8 (18 %)	3 (7 %)	45 (100 %)
8. Hurtigere eller nemmere sagsbehandling	29 (64 %)	11 (24 %)	5 (11 %)	45 (100 %)

Tabel 10: Resultater af interviewundersøgelse blandt kommunale sagsbehandlere med borgere i forløb hos IMK (40).

Overordnet set er de kommunale sagsbehandlers evaluering af IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination særdeles positiv. Således vurderer mere end halvdelen, at de oplever færre afbræk i sagsbehandlingen (spm. 1), og at denne har været fremskyndet (spm. 4) og nemmere (spm. 8).

Størstedelen svarede imidlertid også nej til at have oplevet et mindre behov for lægelige oplysninger (spm. 2) og færre borgerkontakter, hvilket begrundes med, at de under alle omstændigheder, ifølge lovgivningen, skal fremskaffe nødvendig dokumentation for at kunne behandle en ansøgning, og at borgeren af samme grund skal indkaldes til opfølgning hver 3. måned.

Endeligt vurderede mere end 2/3 af sagsbehandlerne, at der med IMKs forløbskoordination blev skabt et bedre overblik over sagen (spm. 6) og mere sammenhængende forløb (spm. 7). Fra de kommunale sagsbehandlers synspunkt blev det således konkluderet, at en tværsektoriel konstruktion som IMK med en socialrådgiveruddannet forløbskoordinator kan bidrage til mere enkel og effektiv sagsbehandling blandt etniske minoriteter med sammensatte og langvarige helbredsproblemer (40).

De kommunale sagsbehandlers positive vurdering af IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination understøttes af en spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt praktiserende læger, som har henvist patienter bosiddende i Odense Kommune til IMK. På tidspunktet for undersøgelsen var i alt 86 ydernumre ansvarlige for henvisning af i alt 297 patienter til IMK. 36 læger (41,9 %) har besvaret spørgeskemaet og resultaterne fremgår af tabel 11 og 12 nedenfor (41).

SPØRGSMÅL (n = 36) Har du efter henvisning af dine patienter oplevet:	JA Antal (%)	JA, men ikke for alle patienter Antal (%)	NEJ Antal (%)	VED IKKE Antal (%)	UÆNDRET Antal (%)
1. At få lettet dit arbejde ift. henviste patienter?	32 (89 %)	2 (6 %)	2 (6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Færre besøg i din konsultation?	25 (69 %)	0 (0 %)	7 (19 %)	4 (11 %)	0 (0 %)
3. Bedre compliance hos henviste patienter?	13 (36 %)	2 (6 %)	6 (17 %)	13 (36 %)	2 (6 %)
4. At få bedre overblik over patienternes problemer?	27 (75 %)	2 (6 %)	7 (19 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
5. At få lettere ved at tale med patienterne?	13 (36 %)	2 (6 %)	11 (31 %)	7 (19 %)	3 (8 %)

Tabel 11: Resultater af spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger med patienter i forløb hos IMK (41).

Størstedelen af de praktiserende læger oplever således efter henvisning af deres etniske minoritetspatienter med komplicerede og sammensatte helbredsproblemer både at få lettet deres arbejde hermed (spm. 1) og at få et bedre overblik over patienternes problemer (spm. 4). Op imod 1/3 af de praktiserende læger vurderer imidlertid, at de ikke får lettere ved at tale med patienterne efter henvisning til IMK (spm. 5).

Spørgsmål 6-8 havde mere karakter af åbne spørgsmål specifikt omkring klinikkens indsats, og størstedelen af de deltagende læger havde udover de lukkede spørgsmål tilføjelser og kommentarer hertil (jf. tabel 12).

Spørgsmål	Eksempler på kommentarer fra praktiserende læger
6. hvad har været godt ved IMKs tilbud?	<ul style="list-style-type: none"> • Kort ventetid og velkvalificeret læge • Helhedssynet og patientens vished om at blive set igennem i krogene. At der bliver taget alvor omkring alle facetter i sygdomsbilledet såvel som funktionsbilledet • IMK tager sig tid • Bredt tilbud, I opfanger mange ting • Patienten har fået en forståelse, som jeg/vi ikke kan give • Tværfagligheden – ser patienten som et hele og ikke kun en patient med smerter • I har haft tid til at lytte, tænker ikke kun medicinsk, en også socialt og kulturelt.
7. Hvad mangler du i IMKs tilbud?	<p>Tilfreds: 21 læger; Forbedringspotentiale: 6 læger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangler en funktion, hvor jeg kan henvise patienter, som er psykiske, men ikke er PTSD. • Mere korrespondance mellem praksislægen og IMK • Mangler en direkte linje/kontakt om specifikke patienter, hvis vi ønsker nogle oplysninger • Være mere skarp i kanten – mere kontant – kald en spade for en spade • Jeg synes, I gentager mange allerede foretagne undersøgelser
8. Har du behov for mere undervisning i etniske minoriteters sundhed?	<p>Ja: 21 læger; Nej: 14 læger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatiske og genetiske sygdomme som ofte forekommer hos indvandrere, eks. Seglcelleanæmi og thalassimia – jeg har ikke nok med i min bagage. • Viden om tropiske sygdomme, det er vi ikke gearret til. Vi ved om PTSD og traumer. • Noget mere om sundheds- og sygdomsopfattelse, og træk en snor til compliance – hvordan griber man det an? De her patienter har jo ondt overalt og hvor begynder man? • Kulturens indvirkning på symptomatologien – misforstår vi dem?

Tabel 12: Eksempler på kommentarer fra praktiserende læger, når adspurgt om IMKs indsats (41).

Opsummering

Interne evalueringer vidner generelt om positive resultater af IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination for såvel patientens helbredsstatus som det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Således vurderedes det af IMKs personale, at 2/3 af patienterne med anden etnisk herkomst end dansk opnår en forbedret helbredstilstand som følge af indsatser i IMK. Tilsvarende vurderede langt størstedelen af såvel kommunale sagsbehandlere og praktiserende læger med borgere/patienter tilknyttet IMK, at de fik et bedre overblik over patienternes forløb og problemstillinger samt lettet deres arbejde hermed. Det skal imidlertid bemærkes, at disse interne undersøgelser er af lavt evidensniveau, inkluderer forholdsvis få respondenter eller patientforløb og for nogle er foretaget af klinikkens egne medarbejdere.

Ikke desto mindre er disse interne undersøgelser den bedste dokumentation for resultaterne af IMKs indsats, der er blevet identificeret i forbindelse med dette systematiske litteraturstudie. Eftersom IMK formentlig er den første og eneste af sin slags i Europa har det ikke været muligt at identificere effektstudier af indsatser sammenlignelige med IMKs indsats. Interne evalueringer vidner om positive resultater af hospitalsbaseret forløbskoordination, men der er behov for uafhængig grundig videnskabelig forskning på området, for at kunne konkludere noget endegyldigt omkring effekten på det fysiske og psykiske helbred blandt patienter af anden etnisk herkomst end dansk.

4.1.3 Resultater af registerstudie

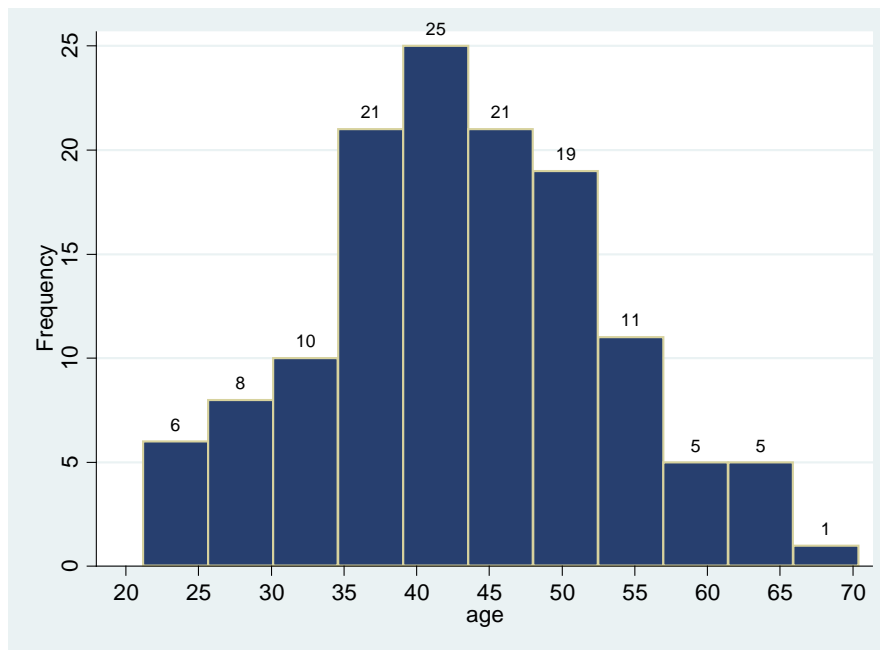
Som nævnt i afsnit 1.1 er en af konsekvenserne af de barrierer, som etniske minoriteter møder i det danske sundhedsvæsen, et uhensigtsmæssigt forbrug af sundhedsydelser. Med det formål at dokumentere effekten af IMKs samlede indsats, sammenlignes forbruget af sundhedsydelser over tid blandt de 132 patienter af anden etnisk herkomst end dansk, som er opstartet i forløb hos IMK i løbet af 2009.

Nedenfor præsenteres opgørelser af patientgruppens fordeling på køn og alder.

kvi nde	Freq.	Percent	Cum.
Mand	29	21. 97	21. 97
Kvi nde	103	78. 03	100. 00
Total	132	100. 00	

Tabel 13: Patientgruppens kønsfordeling. N = 132.

Af de 132 inkluderede patienter er 103 kvinder (78,0 %) og 29 mænd (22,0 %).



Figur 8: Patientgruppens aldersfordeling. N = 132.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
age	132	42.89671	9.956331	21.16906	70.37098

Tabel 14: Minimum, maksimum og gennemsnitlig alder i patientgruppen. N = 132.

De 132 inkluderede patienter er i mellem 21,2 og 70,4 år gamle, og har en gennemsnitsalder på 42,9 år.

Med henblik på at dokumentere effekten af IMKs indsats sammenlignes nedenfor i tabel 15 det ujusterede forbrug af sundhedsydelser blandt patientgruppen henholdsvis før, under og efter, de har modtaget behandling ved IMK.

YDELSE		TOTAL (N _{Total} = 132)				FØR (N _{Total} = 132)				UNDER (N _{Total} = 132)				EFTER (N _{Total} = 64)					
		Min.	Maks.	Mean	N ₁	Min.	Maks.	Mean	N ₁	Min.	Maks.	Mean	N ₁	Min.	Maks.	Mean	N ₁		
Indlæggelser	Alle	0	57	2,02	80 (61 %)	0	24	0,95	56 (42 %)	0	27	0,84	44 (33 %)	0	6	0,45	12 (19 %)		
	Somatik	Alle	0	14	1,61	77 (58 %)	0	10	0,82	56 (42 %)	0	10	0,61	40 (30 %)	0	5	0,38	12 (19 %)	
		Elektiv	0	8	0,41	33 (25 %)	0	6	0,17	12 (9 %)	0	2	0,21	23 (17 %)	0	1	0,06	4 (6 %)	
		Akut	0	11	1,20	67 (51 %)	0	9	0,65	49 (37 %)	0	8	0,39	27 (21 %)	0	5	0,31	9 (14 %)	
	Psykiatri	Alle	0	47	0,41	8 (6 %)	0	16	0,14	3 (2 %)	0	26	0,23	6 (5 %)	0	5	0,08	1 (2 %)	
		Elektiv	0	1	0,01	1 (1 %)	0	1	0,01	1 (1 %)	0	0	0,00	0 (0 %)	0	0	0,00	0 (0 %)	
		Akut	0	46	0,40	8 (6 %)	0	15	0,13	3 (2 %)	0	26	0,23	6 (5 %)	0	5	0,08	1 (2 %)	
	Elektiv	0	8	0,42	34 (26 %)	0	6	0,17	13 (10 %)	0	2	0,21	23 (17 %)	0	1	0,06	4 (6 %)		
	Akut	0	56	1,60	70 (53 %)	0	23	0,78	49 (37 %)	0	27	0,63	32 (24 %)	0	6	0,39	9 (14 %)		
Ambulante besøg	Alle	2	216	31,55	132 (100 %)	0	94	10,71	117 (89 %)	0	93	19,19	126 (96 %)	0	29	3,39	50 (78 %)		
	Somatik	2	216	29,72	132 (100 %)	0	94	9,78	116 (88 %)	0	93	18,30	126 (96 %)	0	29	3,39	50 (78 %)		
	Psykiatri	0	106	1,83	15 (11 %)	0	54	0,93	7 (5 %)	0	52	0,89	11 (8 %)	0	0	0,00	0 (0 %)		
Skadestue besøg	Alle	0	15	0,99	61 (46 %)	0	13	0,61	43 (33 %)	0	5	0,32	29 (22 %)	0	3	0,13	5 (8 %)		
Sygepleje		0	1332	20,99	17 (13 %)	0	929	13,13	11 (8 %)	0	403	7,48	10 (8 %)	0	32	0,64	4 (6 %)		
Hjemmepleje		0	1442	36,49	10 (8 %)	0	834	13,81	5 (4 %)	0	658	16,58	8 (6 %)	0	735	12,58	5 (8 %)		
Aktivitet og træning (A&T)		0	96	2,72	16 (12 %)	0	48	1,08	6 (5 %)	0	48	1,42	11 (8 %)	0	25	0,44	2 (3 %)		
Handicap og psykiatri (H&P)		0	150	2,27	3 (2 %)	0	43	0,62	3 (2 %)	0	78	1,02	3 (2 %)	0	48	1,31	3 (5 %)		
Sygesikringsydelse		10	576	183,88	132 (100 %)	8	362	94,77	132 (100 %)	0	298	58,07	127 (96 %)	0	186	36,88	60 (94 %)		
Medicinindløsninger (OPED)		2	352	51,98	132 (100 %)	0	173	26,39	131 (99 %)	0	140	21,30	115 (87 %)	0	102	8,88	47 (73 %)		
Offent. forsørgelsesydelse (DREAM)		0	255	202,42	106 (80 %)	0	153	105,4	106 (80 %)	0	147	78,38	106 (80 %)	0	136	38,52	48 (75 %)		
Gennemsnitlig periodelængde (alle patienter) i år					2,54 år					2,46 år					1,06 år				

Tabel 15: Patientgruppens forbrug af forskellige typer af ydelser henholdsvis før, under og efter, de har været i forløb hos IMK. I tabellen ses for alle perioder henholdsvis det minimale og det maksimale antal ydelser pr. patient i perioden, og det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient (Mean) for alle patienterne (N_{Total}) i perioden. N₁ viser antallet af patienter (og %-andel af alle patienter (N_{Total})), som har modtaget den pågældende ydelse i perioden. I sidste række ses den gennemsnitlige periodelængde i år for alle 3 perioder (jf. bilagsrapport).

Som beskrevet i afsnit 3.2.4, og som det fremgår af sidste række i tabel 15 ovenfor, er længden af henholdsvis før-, under- og efter-perioden forskellig, og dermed er risikoen for at opleve en event heller ikke den samme i perioderne. For at tage højde for denne forskel i periodelængder præsenteres i tabel 16 nedenfor et gennemsnitligt forbrug af ydelser pr. 100 personer pr. år i hver af perioderne. Hermed justeres forbruget af ydelser for den tid, patienterne er i risiko for at modtage en sundhedsydelse.

YDELSE		FØR			UNDER			EFTER			FORSKEL			STATISTISK SIGNIFIKANS		
		Mean	Median	N	Mean	Median	N	Mean	Median	N	Mean	Median	N	Test 1	Test 2	
Indlæggelser	Alle	37,10	0,00	132	35,42	0,00	132	121,72	0,00	64	67,67	0,00	64	0,06	0,01	
	Somatik	Alle	32,27	0,00	132	24,25	0,00	132	44,60	0,00	64	-0,08	0,00	64	0,06	0,01
		Elektiv	6,37	0,00	132	8,44	0,00	132	5,80	0,00	64	-2,65	0,00	64	0,33	0,51
		Akut	25,90	0,00	132	15,81	0,00	132	38,79	0,00	64	2,57	0,00	64	0,02	0,01
	Psykiatri	Alle	4,83	0,00	132	11,17	0,00	132	77,12	0,00	64	67,75	0,00	64	0,99	0,75
		Elektiv	0,27	0,00	132	0,00	0,00	132	0,00	0,00	64	-0,55	0,00	64	0,32	0,49
		Akut	4,56	0,00	132	11,17	0,00	132	77,12	0,00	64	68,30	0,00	64	0,99	0,75
	Elektiv	6,64	0,00	132	8,44	0,00	132	5,80	0,00	64	-3,20	0,00	64	0,22	0,42	
Akut	30,46	0,00	132	26,98	0,00	132	115,91	0,00	64	70,87	0,00	64	0,02	0,01		
Ambulante besøg	Alle	415,40	234,19	132	875,95	705,96	132	432,75	207,28	64	-15,08	5,43	64	0,79	0,51	
	Somatik	381,31	221,92	132	840,32	705,96	132	432,75	207,28	64	4,83	5,43	64	0,65	0,65	
	Psykiatri	34,08	0,00	132	35,63	0,00	132	0,00	0,00	64	-19,91	0,00	64	0,05	0,06	
Skadestue besøg	23,73	0,00	132	12,00	0,00	132	10,45	0,00	64	-16,52	0,00	64	0,00	0,00		
Sygepleje	528,43	0,00	132	408,75	0,00	132	53,82	0,00	64	-637,16	0,00	64	0,16	0,57		
Hjemmepleje	591,95	0,00	132	765,75	0,00	132	1085,68	0,00	64	436,60	0,00	64	0,99	0,24		
Aktivitet og træning (A&T)	41,44	0,00	132	59,00	0,00	132	30,69	0,00	64	-0,51	0,00	64	0,65	0,64		
Handicap og psykiatri (H&P)	26,75	0,00	132	46,67	0,00	132	906,07	0,00	64	850,90	0,00	64	0,08	0,34		
Sygesikringsydelser	3731,81	3311,24	132	2930,96	2488,69	132	5586,37	3563,78	64	2368,04	220,18	64	0,06	0,89		
Medicinindløsninger (OPED)	1035,66	662,35	132	984,29	488,37	132	828,24	284,40	64	-266,36	-176,94	64	0,00	0,00		
Offent. forsørgelsesydelser (DREAM)	4100,52	5102,50	132	3691,08	4794,70	132	2804,38	3786,09	64	-1262,28	-798,93	64	0,00	0,00		

Tabel 16: Patientgruppens forbrug af forskellige typer af ydelser henholdsvis før, under og efter, de har været i forløb hos IMK. Forbruget af ydelser er justeret for periodelængder og derfor opgjort i antal ydelser pr. 100 personer pr. år (events PPY). I næstsidste kolonne ("Forskel") ses forskellen i antallet af ydelser forbrugt fra før-perioden til efter-perioden (grøn = fald i forbrug, rød = stigning i forbrug). I sidste kolonne ses de statistiske signifikanstests (p-værdier) for forskellen i patienternes forbrug af ydelser fra før-perioden til efter-perioden. Test 1 er en Wilcoxon signed-rank test og Test 2 er en Wilcoxon rank-sum test (grøn = statistisk signifikant forskel, rød = ikke statistisk signifikant forskel), (jf. bilagsrapport).

Med det formål at undersøge, hvorvidt der er en signifikant forskel i patientgruppens forbrug af sundhedsydelser over tid er i tabel 16 oven for beregnet forskellen i det gennemsnitlige antal af ydelser forbrugt fra før-perioden til efter-perioden. Endeligt er rapporteret to test af, hvorvidt den observerede forskel i patientgruppens forbrug af ydelser over tid er statistisk signifikant. Test 1 tager højde for datas afhængighed, mens test 2 gør det muligt at inkludere data for de 68 patienter, som ingen efter-periode har (jf. afsnit 3.2.4 for uddybning af valg af signifikanstests).

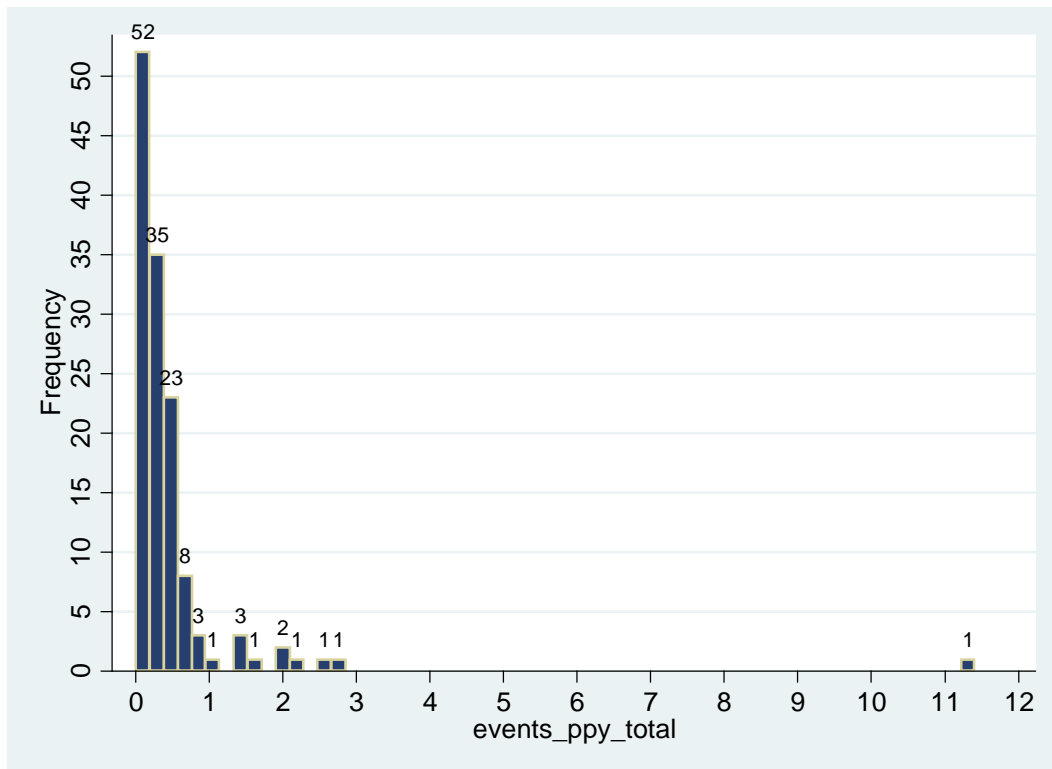
Som det fremgår af tabel 16 ses for nogle ydelser et øget forbrug og for andre et lavere forbrug – for de fleste på et statistisk insignifikant niveau. Der ses dog et væsentligt statistisk signifikant fald i antallet af medicinindløsninger (-266 pr. 100 personer pr. år) og i særdeleshed i antallet af offentlige forsørgelsesydelser modtaget over tid (-1262 pr. 100 personer pr. år). Tilsvarende findes et statistisk signifikant fald i forbruget af skadestuebesøg fra før til efter på -17 besøg pr. 100 personer pr. år. Omvendt findes små, men statistisk signifikante stigninger i patientgruppens forbrug af akutte indlæggelser generelt (+71 pr. 100 personer pr. år) og akutte somatiske indlæggelser specifikt (+3 pr. 100 personer pr. år) fra før til efter patientgruppen modtog behandling ved IMK. Den observerede stigning i forbruget af akutte indlæggelser er således overvejende på det psykiatriske område (+68 pr. 100 personer pr. år), men denne stigning er imidlertid ikke statistisk signifikant.

Endeligt findes ved brug af Test 2 henholdsvis en statistisk signifikant stigning i forbruget af indlæggelser generelt (+68 pr. 100 personer pr. år) og et lille, men statistisk signifikant fald i forbruget af somatiske indlæggelser (-0,08 pr. 100 personer pr. år) fra før til efter. Dette genfindes ikke ved Test 1, om end p-værdierne her tenderer niveauet for statistisk signifikans ($p \leq 0,05$). Modsat findes ved brug af Test 1 et statistisk signifikant fald i forbruget af ambulante psykiatriske besøg (-20 pr. 100 personer pr. år). Dette genfindes ikke ved Test 2, om end p-værdien også her tenderer niveau for statistisk signifikans ($p \leq 0,05$).

Overordnet ses således en statistisk signifikant effekt af IMKs samlede indsats på patientgruppens forbrug af offentlige forsørgelsesydelser (\downarrow), skadestuebesøg (\downarrow), akutte (somatiske) indlæggelser (\uparrow) samt antal let af medicinindløsninger (\downarrow). I afsnit 4.4.2 diskuteres den økonomiske betydning af dele af dette yderligere.

Desuden ses en væsentlig stigning i patientgruppens forbrug af sygesikringsydelser (+2368 pr. 100 personer pr. år) og kommunale ydelser inden for handicap/psykiatri (+851 pr. 100 personer pr. år) og hjemmepleje (+437 pr. 100 personer pr. år), mens der ses et væsentligt fald i forbruget af kommunale ydelser inden for sygepleje (-637 pr. 100 personer pr. år). Disse ændringer i forbruget af ydelser er imidlertid ikke statistisk signifikante.

Som beskrevet i afsnit 3.2.4 er fordelingen af disse forbrugsdata typisk kritisk skæv ofte med ekstreme observationer, hvilket betyder, at få patienter i mange tilfælde er ansvarlige for størstedelen af ydelsesforbruget. IMK fik i starten overdraget en del tunge etniske minoritetspatienter med HIV-infektion eller kronisk leverbetændelse, som kan være en af årsagerne til den skæve fordeling. Som eksempel ses af figur 9 nedenfor, at 52 af de 132 patienter ingen indlæggelser har haft i løbet af registerstudiets observationsperiode, mens størstedelen af de resterende patienter i gennemsnit har haft færre end 3 indlæggelser pr. person pr. år. En enkelt patient har til gengæld haft mere end 11 indlæggelser i gennemsnit pr. år i løbet af observationsperioden.



Figur 9: Fordelingen af patienter på det gennemsnitlige antal af indlæggelser pr. person pr. år i registerstudiets observationsperiode (2007-2011).

4.2 Patient

MTV-spørgsmålet, der ligger til grund for patientafsnittet er:

Hvad er effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination sammenlignet med ingen forløbskoordination på patientgruppens livskvalitet, compliance, evne til egenomsorg samt den patientoplevede kvalitet?

Som angivet i figur 3 er der i det systematiske litteraturstudie ikke identificeret videnskabelig litteratur, som direkte beskriver effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination på hverken patientgruppens livskvalitet, compliance eller evne til egenomsorg. Fokus i litteraturen har således typisk været på patientgruppens sygdomsmønstre og kontaktmønstre til sundhedsvæsenet, og således ikke på patientnære effekter af indsatser sammenlignelige med IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination. En stor del af den identificerede litteratur omhandlede desuden romaer, latinoer, afroamerikanere eller amerikanske krigsveteraner, som ikke umiddelbart er sammenlignelige med IMKs primære målgruppe.

Interne vurderinger af resultaterne af hospitalsbaseret forløbskoordination foretaget af medarbejdere ved IMK viser dog, at gennemsnitligt 2/3 (68 %) af patienterne opnår en forbedret helbredstilstand som følge af klinikkens indsats (jf. tabel 9).

Patientgruppens udsagn om, hvordan de oplever eget helbred og egen livssituation, er løbende blevet dokumenteret i klinikken. Disse udsagn bygger i høj grad på såkaldte metaforer, og som anskueliggjort i

tabel 17 ses for flere patienter et skift i disse billeder efterhånden som patienternes helbredsmæssige og socioøkonomiske problemer løses.

Indledende samtaler i IMK	Afsluttende samtaler i IMK
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Selvom du gav mig alt papir i verden ville det ikke være nok til at fortælle min historie.</i> • <i>Jeg lever et uægte liv.</i> • <i>Jeg er træt fysisk, psykisk og økonomisk – har jeg ikke ret til bare nogle små menneskerettigheder?</i> • <i>Det er som om min fremtid står på standby.</i> • <i>Nogen gange sender jeg kun kroppen hen i skole – hovedet må blive hjemme.</i> • <i>Jeg er blevet henrettet 3 gange uden at dø af det.</i> • <i>Mit hjerte græder og brænder hele tiden.</i> • <i>Jeg har 30 års stress inden i.</i> • <i>Jeg har oplevet så meget, men alligevel har jeg ikke levet.</i> • <i>Jeg smiler hele tiden, men inden i gør det ondt. Ingen kender mig inden i.</i> • <i>Jeg er altid bange for i morgen.</i> • <i>Medicinen trøster mig, men den virker ikke. Jeg tager den for min læges og sagsbehandlerens skyld.</i> • <i>I mit hjemland bliver man skudt og så dør man. I Danmark tager man et lille stykke af gangen.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tak fordi I lavede en bedre version af mig.</i> • <i>Før var der ingenting, nu er der håb.</i> • <i>Måske er livet værd at leve alligevel.</i> • <i>Når jeg kommer i klinikken er mit hjerte helt krøllet sammen, men når vi har talt er det som om hjertet er blevet rettet ud igen.</i> • <i>I har lært mig, at jeg ikke er sindssyg, at jeg kan klare mig selv og I har lært mig at høre musik.</i> • <i>Nu har jeg det bedre psykisk og med kroppen og min økonomi er bedre.</i> • <i>Nu har jeg fået mit gamle jeg tilbage.</i> • <i>Nu ved jeg der kun er én mig, så jeg bliver her. Jeg har ikke længere lyst til at begå selvmord.</i>

Tabel 17: Eksempler på patientgruppens udsagn ved henholdsvis indledende og afsluttende samtaler i IMK (7).

4.3 Organisation

MTV-spørgsmålet, der ligger til grund for organisationsafsnittet er:

Hvad er de organisatoriske forudsætninger for og konsekvenser af hospitalsbaseret forløbskoordination som organiseret ved IMK?

IMK som teknologi kan i sig selv karakteriseres som en organisation og udgør således en model for, hvordan arbejdet med udredning og behandling af samt tværsektoriel koordinering for patienter af anden etnisk herkomst end dansk kan organiseres i sygehusregi. Klinikken er som organisatorisk tiltag kompleks og mangefacetteret, og selve karakteren af arbejdsopgaverne, deres tilrettelæggelse og involverede aktører afhænger af patientens specifikke karakteristika og problemstillinger. Dette gør det vanskeligt at tegne et fyldestgørende og nuanceret billede af IMK, hvor alle mulige organisatoriske forudsætninger for og konsekvenser af tiltaget indfanges. Der henvises til afsnit 4.1.1 for en beskrivelse af organisationen IMK, herunder involverede aktører og primære indsatsler.

Der er i det systematiske litteraturstudie ikke identificeret videnskabelig litteratur med direkte fokus på de organisatoriske forudsætninger for og konsekvenser af at etablere hospitalsbaseret forløbskoordination som organiseret ved IMK. Megen forskning viser, at mødet med etniske minoritetspatienter ofte opleves at udgøre en særlig udfordring for sundhedsprofessionelle i forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Oplevelserne afhænger typisk af individuelle forhold, herunder personlige erfaringer og arbejdsopgaver, men i høj grad også af rammerne for mødet, herunder adgang til tolk, tilstrækkeligt med tid i mødet samt om den sundhedsprofessionelle har mulighed for kontinuitet i relationen. Således eksisterer en række individuelle forhold og organisatoriske/økonomiske rammer, som påvirker de udfordringer,

sundhedsprofessionelle kan opleve i mødet med etniske minoriteter i sundhedsvæsenet. At sundhedsprofessionelle oplever behov for at tilegne sig yderligere viden om etniske minoritetspatienter og opnå såkaldte kulturelle kompetencer reflekteres i en stor efterspørgsel efter videreuddannelse i og materialer om mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter af anden etnisk herkomst end dansk (3, 7).

Der findes således ikke videnskabelig litteratur, der direkte beskriver holdningen til hospitalsbaseret forløbskoordination blandt de sundhedsprofessionelle ansat i klinikken, men i en intern evaluering (spørgeskema) af *Det Etniske Patient Koordinator Team* er erfaringerne positive. Teamet har til formål at uddanne OUHs sundhedsfaglige medarbejdere i at udføre en bedre og mere kompetent pleje og behandling over for patienter af anden etnisk herkomst end dansk (etnisk patientkoordinator), og herigennem optimere information, kommunikation og patientforløb. Deltagerne bliver ifølge evalueringen bedre til at udføre en omsorgsfuld og kompetent pleje og behandling, får flere kompetencer til at agere professionelt, større kulturforståelse samt mod til at afprøve nye metoder (42).

Desuden evaluerer dele af klinikkens vigtigste samarbejdspartnere, nærmere betegnet de kommunale sagsbehandlere og praktiserende læger, IMK og klinikkens hospitalsbaserede forløbskoordination særdeles positivt (jf. afsnit 4.1.2).

4.4 Økonomi

MTV-spørgsmålet, der ligger til grund for økonomiafsnittet er:

Hvad er de samfundsøkonomiske konsekvenser af hospitalsbaseret forløbskoordination som gennemført ved IMK?

4.4.1 Resultater af systematisk litteraturstudie

I tråd med Sundhedsstyrelsens beskrivelse af forskningsindsatsen inden for etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen(3), (jf. afsnit 4.1.2), er det ikke lykkedes at identificere videnskabelig litteratur af relevans for økonomielementet. Med et forskningsmæssigt fokus på primært sygdoms- og kontaktmønstre er der således ikke fundet fulde økonomiske evalueringer til belysning af de samfundsøkonomiske konsekvenser af hospitalsbaseret forløbskoordination som gennemført ved IMK.

Et internt notat fra IMK (43) viser hvad klinikken koster at drive i forhold til personaleforbruget i 2012 (jf. tabel 18). Klinikken samlede aktiviteter finansieres fra flere sider, herunder et grundbudget suppleret med dele af afdeling Q's aktivitetsbudget, regionale pulje- og forskningsmidler samt midler fra lukning af socialrådgiverafdelingen på OUH. Af tabel 18 fremgår det, at det koster ca. 3,4 mio. kr. i lønninger at drive klinikken hvert år.

Ansættelser i IMK 2012	I alt 2012	Fra OUH		Fra Afd. Q	Fra RSD	
	Normering	Etablering 2009, Grundbudget	Lukning af Socialrådgiverafd.	Aktivitetsbudget	Kronikerpulje (2-årig)	Forskningspulje (2-årig)
Overlæge, professor	0,50	0,50				
Overlæge	1,00			0,70	0,30	
Sygeplejerske	1,00	0,80			0,20	
Forskningssygeplejerske	0,50					0,50
Sygeplejerske	1,00				1,00	
Lægesekretær	1,00	0,50		0,50		
Sygeplejerske	1,00			1,00		
Socialrådgiver	1,00		1,00			
I alt: Normeringer	7,00	1,80	1,00	2,20	1,50	0,50
I alt: Lønkroner (kr.)	3.385.000	927.000	415.000	1.033.000	770.000	240.000

Tabel 18: Budget og normeringer for IMK i 2012 (43). Note: Bemærk, at midler fra Region Syddanmarks kroniker- og forskningspulje er tidsbegrænsede (2-årige).

IMKs aktiviteter registreres i DAGS-systemet og afregnes med basistaksten for ambulante besøg (årlig indtægt = 1,2 mio. kr.). Det skaber en stor budgetmæssig udfordring for klinikken, da det langt fra dækker de udgifter, klinikken har i forhold til de opgaver, der varetages i de komplekse patientforløb. Et typisk forløb i klinikken tager udgangspunkt i 1-2 indledende helbreds- og problemafklarende tværfaglige konsultationer af en varighed på op til 2 timer. Som led i udredningen indhentes og gennemgås oplysninger fra tidligere forløb i både primær og sekundær sektor. Patienterne henvises ofte til andre afdelinger, hvor IMK sørger for, at patienterne møder op, forstår udredning og behandling og gennemfører den planlagte behandling. Herefter følger ofte et længere behandlingsforløb med en varighed på typisk 0,5-3 år. Udover diagnosticering og behandling, herunder viderehenvielse, rummer behandlingsforløbet tillige træning, støtte til egenomsorg, hyppige kontroller og en løbende kontakt til patienten. Patientgruppens komplekse problemstillinger, de kulturelle barrierer og det faktum, at der ved de fleste samtaler er behov for tolkebistand bevirker, at tidsforbruget ved de ambulante aktiviteter i IMK er langt større sammenlignet med et sædvanligt ambulatorium. De nuværende DAGS-takster er således for lave og Region Syddanmark har på denne baggrund af flere omgange foreslået Sundhedsministeriet at oprette en ny proceduregruppe for "kompleks compliancesvigt" i DAGS-systemet. Det er endnu ikke sket og driften af IMK er således ifølge klinikkens interne dokument underfinansieret med 1,2 mio. kr. årligt. Lægges her til udgifter til videreudvikling af kliniske kompetencer og det tværfaglige samarbejde samt udbredelse af erfaringer og viden, herunder etablering af IMK som et særligt videns- og udviklingscenter, er IMK nærmere underfinansieret med 2,8 mio. kr. årligt (43).

Resultaterne af klinikkens egne undersøgelser blandt de praktiserende læger og kommunale socialrådgivere, som klinikken samarbejder med viser, at der potentielt er mange gevinster, der skal inkluderes i de samlede beregninger af de samfundsøkonomiske konsekvenser af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. En undersøgelse gennemført på vegne af Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration i 2007 med det formål at belyse etniske minoriteters sygdomsforløb og sygdomsforløbenes betydning for beskæftigelse (5), ridser en række forhold op, primært kommunale, som skal inkluderes i samfundsøkonomiske beregninger af en indsats for sygdomsramte flygtninge og indvandrere, herunder:

- Reducerede udgifter til overførselsindkomster.
- Reduktion i tidsforbrug og ressourcer til denne gruppe, der oftest har befundet sig i det kommunale forsørgelsessystem gennem mange år. Borgerne har været igennem utallige samtaler og ofte gentagne og afbrudte afklarings- og kvalificeringsforløb.
- Reduktion i den langsigtede udgift til aktiveringstiltag.
- Besparelser på sociale udgifter.
- Langsigtede (økonomiske) gevinster ved, at børnene får bedre opvækstbetingelser og bedre integrationsmuligheder i samfundet.
- Besparelser i det sundhedsfaglige system.
- Langsigtede gevinster i form af øgede skatteindtægter, færre tilskud til fripladser i daginstitutioner, nedsatte udgifter til boligsikring osv.

I forbindelse med etableringen af forløbskoordinatorfunktionen i 2009 estimeredes de forventede omkostninger og økonomiske gevinster forbundet med introduktionen af hospitalsbaseret forløbskoordination for 2 typiske patienter med mange kontakter til sygehusvæsenet (36). Resultaterne fremgår af nedenstående tabel 19.

	Patient 1	Patient 2
FORVENTEDE OMKOSTNINGER (i kr.)		
Løn til forløbskoordinator	2.550,00 (15 timer a' 170 kr.)	3.400,00 (20 timer a' 170 kr.)
Mødeudgifter	1.700,00 (10 timer a' 170 kr.)	1.020,00 (6 timer a' 170 kr.)
Totale omkostninger	4.250,00	4.420,00
FORVENTEDE ØKONOMISKE GEVINSTER (i kr.)		
<i>Kommunale besparelser:</i>		
Kommunal medfinansiering	-4.174,10	-533,33
Lønbesparelser – sagsbehandler	<i>Kendes ikke</i>	<i>Kendes ikke</i>
Besparelse på ydelsesudgifter	-2.675,73	-1.925,71
Total - Kommune	<u>-6.849,83</u>	<u>-2.459,04</u>
<i>Regionale besparelser:</i>		
Sygehusomkostninger	-3.848,70	-1.658,33
Total - Region	<u>-3.848,70</u>	<u>-1.658,33</u>
Totale økonomiske gevinster	-10.698,53	-4.117,37
I ALT:	<u>-6.448,53</u>	<u>302,63</u>

Tabel 19: Forventede omkostninger og økonomiske gevinster som følge af introduktionen af hospitalsbaseret forløbskoordination for 2 typiske patienter ved IMK (36).

De forventede omkostninger og økonomiske gevinster relaterer sig alene til forløbskoordination for den enkelte patient. Det antages, at der ikke har været nogen omkostninger forbundet med opstart af forløbskoordinationen. Forventede økonomiske besparelser for praktiserende læger og til lønning af kommunal sagsbehandler er ikke medtaget, da oplysningerne ikke er kendte.

Mødeudgifter dækker de timer, som mødedeltagerne har brugt på den pågældende sag og på telefonisk kontakt. Kommunale besparelser på medfinansiering er beregnet ud fra sygehusomkostningerne og Sundhedsstyrelsens takster for kommunal medfinansiering. Besparelser på ydelsesudgifter og sygehusomkostninger er beregnet ved at sammenligne disse for 2009 (efter), hvor den hospitalsbaserede

forløbskoordination introduceredes (patienter opstarter ved IMK i juni 2009), med gennemsnittet for henholdsvis 2007 og 2008 (før). For yderligere oplysninger om ovenstående beregninger henvises til (36).

Som det fremgår af tabel 19 er introduktionen af hospitalsbaseret forløbskoordination forbundet med en økonomisk besparelse for den ene patient, mens det er forbundet med en økonomisk udgift for den anden patient. Det konkluderes i rapporten, at det økonomiske overskud vil vokse i de efterfølgende år, da den fulde effekt af forløbskoordinationen ikke ses efter blot et halvt år (36). Der er imidlertid tale om forholdsvis simple opgørelser for kun 2 patienter, hvor det antages, at der ingen etableringsomkostninger er, og hvor forventelige besparelser på fx kommunale sagsbehandlers tidsforbrug ikke er inkluderet. Derfor kan der ikke på baggrund af disse to cases konkluderes noget endegyldigt omkring de samfundsøkonomiske effekter af etableringen af hospitalsbaseret forløbskoordination.

Opsummering

Ved belysning af de samfundsøkonomiske konsekvenser af en kompleks og tværsektoriel konstruktion som IMK, herunder den hospitalsbaserede forløbskoordination leveret af blandt andre en socialrådgiveruddannet forløbskoordinator, findes mange omkostninger og gevinster, som potentielt bør inkluderes – fx reducerede udgifter til offentlige forsørgelsesydelse og øgede skatteindtægter på lang sigt. Der er i det systematiske litteraturstudie ikke identificeret relevante økonomiske evalueringer til belysning af sådanne samfundsøkonomiske konsekvenser af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk.

Et internt notat fra IMK viser, at det koster 2,4 mio. kr. i lønudgifter at drive klinikken hvert år. Med en aktivitetsbestemt finansiering på 1,2 mio. kr., som ifølge klinikken ikke tager højde for kompleksiteten af deres patienters problemstillinger, er klinikken drift således på nuværende tidspunkt underfinansieret med 1,2 mio. kr. årligt. Inkluderes også udgifter til udvikling og udbredelse af erfaringer er klinikken nærmere underfinansieret med ca. 2,8 mio. kr. årligt.

En estimering af de forventede kommunale og regionale omkostninger og økonomiske gevinster ved etablering af hospitalsbaseret forløbskoordination for to typiske patientforløb i 2009 viser, at forløbskoordinationen for nogle patienter vil være forbundet med en økonomisk besparelse, for andre ikke. Der er imidlertid tale om forholdsvis simple opgørelser, hvor det antages, at der ingen etableringsomkostninger er, og hvor forventelige besparelser på fx kommunale sagsbehandlers tidsforbrug ikke er inkluderet.

4.4.2 Resultater af registerstudie

I overensstemmelse med ovenstående forventninger om reducerede udgifter til overførselsindkomster (jf. afsnit 4.4.1) viser resultaterne af registerstudiet et væsentligt statistisk signifikant fald i antallet af offentlige forsørgelsesydelse fra før til efter patientgruppen modtog behandling ved IMK. Endvidere ses et statistisk signifikant fald i antallet af medicinindløsninger og forbruget af skadestuebesøg, mens der modsat ses statistisk signifikante stigninger i patientgruppens forbrug af akutte indlæggelser generelt og akutte somatiske indlæggelser specifikt. Således er introduktionen af IMKs indsatspakke ifølge resultaterne af registerstudiet forbundet med økonomiske besparelser for nogle ydelser (fx besparelser på medicintilskud og øgede økonomiske udgifter for andre (fx øgede udgifter til akutte indlæggelser). For yderligere resultater af registerstudiet henvises til afsnit 4.1.3.

Det forholdsvis beskedne datagrundlag og registerstudiet metodiske problemer taget i betragtning (jf. afsnit 3.2.2 og afsnit 5), er det for usikkert at foretage omfattende beregninger af de økonomiske konsekvenser forbundet med IMKs samlede indsats på baggrund heraf. Datagrundlaget er således for småt og for usikkert til, at der kan drages vidtrækkende konklusioner og generaliseringer omkring klinikkens samfundsøkonomiske konsekvenser på baggrund af de statistiske analyser foretaget i registerstudiet.

Resultaterne tyder dog på, at IMKs indsats kan være forbundet med økonomiske gevinster for især kommunerne, idet der ses et væsentligt statistisk signifikant fald i forbruget af offentlige forsørgelsesydelse. Bemærk, at data for forbruget af disse ydelser i DREAM-databasen er opgjort på ugebasis (jf. afsnit 3.2.3 og 3.2.4), og der kun er registreret én ydelse pr. person pr. uge ud fra et fastlagt hierarki (jf. bilag 4). Et fald på 1262 offentlige forsørgelsesydelser pr. 100 personer pr. år betyder, at der med introduktionen af IMKs indsattpakke årligt kan spares ca. 12-13 ugers offentlig forsørgelse pr. patient, svarende til ca. 3 måneders forsørgelse pr. patient pr. år. Som eksempel vil de 3 måneders forsørgelse med en gennemsnitlig kontanthjælp på 10.500 kr. pr. måned for patienter uden forsørgelsespligt (2013-data²⁰) svare til en besparelse på 31.500 kr. pr. patient om året.

²⁰ <https://www.borger.dk/Sider/Kontanthjaelp.aspx> Besøgt 07.02.14.

5. Diskussion og metodiske overvejelser

Hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk, herunder håndteringen af patientgruppens sociale og økonomiske problemer, varetages blandt andet af klinikens socialrådgiver. Socialrådgiver-bistand af den karakter er et eksempel på en ydelse, der – afhængigt af politiske og ledelsesmæssige med- og modvinde – kan gå fra at være en central kerneydelse i sygehusregi til at være en ydelse, kommunerne alene må tage sig af. Ganske vist har kommunerne det samlede finansierings-, forsynings- og myndighedsansvar på det sociale område, men erfaringerne fra Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Odense Universitetshospital (OUH) viser, at særligt sårbare patienter af anden etnisk herkomst end dansk risikerer at ende som kastebolde mellem forskellige kommunale afdelinger, sygehusafdelinger og privatpraktiserende læger uden tilstrækkelig koordination eller en klar plan. Det er veldokumenteret, at patientgruppens svære, sammensatte problemer af såvel helbreds- som social karakter og deres komplicerede symptombilleder kun vanskeligt håndteres i normalsystemet (7). Således overlades kommunale sagsbehandlere og praktiserende læger et stort ansvar for et område, de ifølge IMK reelt ikke er klædt på til at håndtere. Dertil kommer et moderne sygehusvæsen præget af tiltagende specialisering, som sjældent levner tid eller plads til patienternes sprog, historie eller livsvilkår. Normalsystemet har således hverken rammer eller kompetencer til at håndtere disse komplekse patienter, hvilket understøtter behovet for at etablere tværfaglige, tværsektorielle og specialiserede indsatser som IMK.

Netop behovet for at etablere en specialiseret, tværfaglig funktion rettet mod sårbare minoritetspatienter, som ikke passer ind i et moderne, effektivt sundhedsvæsen er dokumenteret i flere rapporter (1, 5, 7), og interessen for IMKs eksistens og virke er voksende. Flere danske regioner har vist interesse i at få beskrevet perspektiverne for en udbredelse af klinikens principper og indsatser²¹, og i Region Hovedstaden har man allerede taget skridtet, og har fra foråret 2013 etableret en Indvandrermedicinsk Klinik på Hvidovre Hospital. Således har erfaringerne fra IMK tilsyneladende været både fagligt og politisk anvendelige også uden for Region Syddanmark, og flere anerkender, at en tværfaglig konstruktion som IMK kan være en del af løsningen på den ulighed i sundhed, som patienter af anden etnisk herkomst end dansk oplever. Dette understøttes af, at det fra flere sider, herunder Institut for Menneskerettigheder og seniorforsker med speciale i mødet mellem læge og patient Lise Dyhr, anbefales at etablere tilsvarende klinikker, som kan følge patienterne til dørs og sikre den nødvendige kompetenceopbygning i sundhedsvæsenet landet over.

Endeligt fungerer IMK som et videnscenter under Social-, Børne- og Integrationsministeriets vidensportal "Viden der virker"²², og klinikens kompetencer og erfaringer indgår desuden i en række uddannelsesmæssige aktiviteter, herunder i det sundhedsfaglige enkeltfag i tværkulturel rehabilitering og bacheloren i tværkulturel sundhedskommunikation ved Syddansk Universitet.

Metodiske overvejelser

Hospitalsbaseret forløbskoordination ved IMK kan karakteriseres som en organisation og udgør således en kompleks og mangefacetteret model for, hvordan arbejdet med udredning og behandling af patienter med

²¹ Personlig kommunikation med overlæge M. Sodemann, august 2012.

²² <http://www.integrationsviden.dk/videnscentre/AKF/IMK> Besøgt 25.11.13

anden etnisk herkomst end dansk kan organiseres i sygehusregi. Netop interventionens kompleksitet gør det vanskeligt at udarbejde en god søgestrategi, som sikrer, at al relevant litteratur inkluderes (*recall*) samtidig med, at informationsstøj i form af irrelevante fund begrænses (*precision*) (31). Det vidner den første sorteringsproces i det systematiske litteraturstudie om, hvor mindre end 1 % af den oprindeligt identificerede litteratur blev vurderet relevant.

Der er i søgeprocessen anvendt ikke færre end 10 mere eller mindre brede søgeord for hospitalsbaseret forløbskoordination (jf. tabel 1), men ikke desto mindre havde det været ønskeligt, hvis også der var blevet søgt direkte på begreber som "Cultural Case Management" og "Patient Navigation", selvom begge dog forekommer i den identificerede litteratur. Endeligt er der ikke for alle forgreninger af de indekserede emneord søgt på tilsvarende ord i fritekst.

I registerstudiet er der taget udgangspunkt i patienter, som er opstartet i forløb i IMK i løbet af 2009. Med klinikkens etablering i 2008 havde IMK således eksisteret i mindre end 1 år, inklusive et forår præget af en overenskomststrejke blandt klinikkens sygeplejersker, og havde dengang mere eller mindre karakter af et pilotprojekt, hvor mange ting blev prøvet af. IMK var således stadig i en udviklingsfase og var som teknologi forholdsvis umoden, da effekten af dens indsats på patientgruppens forbrug af sundhedsydelser blev undersøgt i registerstudiet. Mangel på gode data og store udsving i såvel omkostninger som gevinster forbundet med teknologien vanskeliggør en direkte effektevaluering på dette stadie (44), og registerstudiet var i den forstand præmatur.

Mere end halvdelen af de inkluderede patienter var ikke blevet afsluttet ved IMK i løbet af observationsperioden, og indgår derfor ikke med en efter-periode i registerstudiet. Det betyder, at patienterne med de længste behandlingsforløb hos IMK (= de tungeste patienter?) ikke indgår med en efter-periode, og dermed heller ikke i beregninger af forskellen i det gennemsnitlige antal af ydelser forbrugt fra før til efter. Det er problematisk, da de kan have et afvigende forbrugsmønster, og dermed kan de statistiske analyser være behæftet med fejl grundet mangel på gode data på evalueringstidspunktet. Det var heller ikke en mulighed at droppe de uafsluttede patienter, fordi det ville betyde tab af data og stikprøven ikke længere ville være repræsentativ for IMKs samlede patientgruppe.

Efter-perioden er for de patienter, der indgår i analyserne med en sådan, i gennemsnit ca. 1 år (jf. tabel 15), og det er sandsynligt, at de fulde konsekvenser af klinikkens indsats ikke allerede ses så hurtigt efter, at patienterne er afsluttet ved IMK. Klinikken er i dag mere veletableret, og patientgruppens sammensætning hvad angår etnicitet, opholdslængde og sygdomsmønster væsentligt ændret siden starten. Derfor anbefales det at gentage registerstudiet på et større datagrundlag af højere kvalitet. Således kunne observationsperioden med fordel forlænges fra 2005-2014 med inklusion af en større patientgruppe og anvendelse af mere avancerede statistiske analyser, herunder separate analyser på køn, alder, diagnose-gruppe og etnicitet.

Ydermere kunne det i den sammenhæng være interessant at gå et spadestik dybere end de nuværende analyser og se på typen af medicin, der indløses (ATC-koder), og ydelsesgrupperinger inden for forbruget af sygesikringsydelser (jf. tabel 5). Endeligt kunne patientgruppens forbrug af diagnostiske undersøgelser og kommunale enkelttydelser, antallet af udeblivelser og varigheden af deres indlæggelser også undersøges. Et større og bedre datagrundlag vil desuden gøre det muligt også at foretage mere komplicerede økonomiske beregninger på baggrund heraf.

Registerstudiet rummer ikke oplysninger om patientgruppens etnicitet, da denne information ikke er tilladt at registrere i journaler, og derfor skal optælles i hånden. IMK fik det første år overdraget mange tunge minoritetspatienter med HIV-infektion eller kronisk leverbetændelse, og sidenhen har diagnosebilledet ændret sig væsentligt. Desuden fik klinikken i 2010 godkendt et case-mix af specifikke IMK-diagnoser, og dermed findes der først fra dette tidspunkt et anvendeligt og præcist diagnosebillede²³. Derfor er der i registerstudiet ikke lavet opgørelser over patientgruppens primære diagnoser.

Der foreligger ikke data for patientgruppens livskvalitet og funktionsniveau, hvorfor det ikke har været muligt at inkludere gevinster af denne karakter i hverken registerstudiet eller økonomiske analyser.

Endeligt er der med registerstudiet tale om et simpelt før/efter-studie uden kontrolgruppe baseret på retrospektive data fra perioden 2007-2011. Med et sådan design er det ikke muligt at skelne effekten af IMKs indsats fra andre forhold, der sker omkring patientgruppen i samme periode, og som lige så vel kan være forklarende årsager til de påviste ændringer. Et sådan før/efter-design er således mere egnet til at demonstrere de umiddelbare effekter af en kortsigtet intervention, hvor truslerne mod den interne validitet er mindre(45). Mere endegyldige svar på spørgsmålet om effekten af IMKs indsats vil kræve en kontrolleret og helst randomiseret undersøgelse, men dette er sjældent muligt at gennemføre i praksis. En mulighed er dog at inddrage en kontrolgruppe bestående af fx patienter af anden etnisk herkomst end dansk fra andre kommuner, som ikke på nuværende tidspunkt har ret til at modtage udredning og behandling ved IMK.

Til trods for registerstudiets metodiske problemer bekræfter resultaterne ifølge overlæge M. Sodemann den kliniske erfaring i klinikken²⁴. Patientgruppen er meget heterogen og billedet kan derfor virke broget – nogle patienter har brug for mere behandling, andre for mindre – og det kan være svært at måle og påvise en effekt af klinikkens indsats på patientgruppens forbrug af ydelser.

²³ Personlig kommunikation med overlæge M. Sodemann, januar 2014.

²⁴ Personlig kommunikation med overlæge M. Sodemann, januar 2014.

6. Konklusion og anbefalinger

Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) blev i 2009 etableret som et ambulatorium i tilknytning til Infektionsmedicinsk Afdeling Q på Odense Universitetshospital (OUH) på baggrund af en stigende erkendelse af, at der eksisterer en betydelig gruppe af patienter af anden etnisk herkomst end dansk, som ikke har adgang til forebyggelse og behandling på samme niveau som etnisk danske patienter.

Med det formål at redegøre for den foreliggende evidens vedrørende de kliniske, patientmæssige, organisatoriske og økonomiske effekter af hospitalsbaseret forløbskoordination som praktiseret ved IMK for patienter af anden etnisk herkomst end dansk gennemføres et systematisk litteraturstudie (delstudie 1), mens effekten af klinikkens samlede indsats på patientgruppens forbrug af offentlige ydelser undersøges ved hjælp af et registerstudie (delstudie 2).

Resultaterne af det systematiske litteraturstudie viser, at IMK formentlig er den første af sin slags i Europa, og der findes således tilsyneladende ingen direkte sammenlignelige klinikker. Dermed er den videnskabelige dokumentation for effekterne af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk, som gennemført ved IMK, særdeles sparsom. Den internationale forskning inden for etniske minoriteter har primært været koncentreret om sygdomsmønstre, sundhedsvæsenets struktur og funktion, og specifikt for Danmarks vedkommende om kontaktmønstre for forskellige indvandrergrupper. Litteraturen udgøres primært af små demonstrationsprojekter og interne evalueringer af lavt evidensniveau, og fokus har ofte været et andet. Der findes således få evalueringer af effekten af sundhedsfremmende indsatser som IMK rettet mod etniske minoritetsgrupper, hvorfor det ikke er muligt at komme med et endegyldigt svar på spørgsmålene om effekten af hospitalsbaseret forløbskoordination på patientgruppens livskvalitet, compliance, evne til egenomsorg og ikke mindst fysiske og psykiske helbred.

Endeligt stammer en stor del af litteraturen fra USA, hvor sundhedsvæsenets organisering eller patientgruppens sammensætning sjældent er direkte sammenlignelig med danske forhold. De sundhedsfremmende indsatser er ofte sammensat af en række adskilte delindsatser, som typisk evalueres under ét som en del af en samlet indsats pakke. Det vanskeliggør isolation af effekten af præcis de delindsatser, der er direkte sammenlignelige med elementerne i IMKs hospitalsbaserede forløbskoordination.

IMKs interne evalueringer (af lav evidensniveau) vidner imidlertid om positive resultater af den hospitalsbaserede forløbskoordination – både for patienternes helbredsstatus og det tværsektorielle samarbejde omkring patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Således opnår 2/3 af patienterne ifølge IMKs personale en forbedret helbredstilstand som følge af indsatser i IMK. Tilsvarende vurderede størstedelen af såvel kommunale sagsbehandlere og praktiserende læger med borgere/patienter tilknyttet IMK, at de fik et bedre overblik over patienternes forløb og problemstillinger samt lettet deres arbejde hermed.

Hospitalsbaseret forløbskoordination er som organisatorisk tiltag komplekst og mangefacetteret, og selve interventionens indhold, tilrettelæggelse og involverede aktører afhænger af patientens specifikke karakteristika og problemstillinger. Dette vanskeliggør opstillingen af et generelt og fyldestgørende billede

af hospitalsbaseret forløbskoordination, hvor alle mulige organisatoriske forudsætninger for og konsekvenser af tiltaget indfanges. Tilsvarende svært er det at liste op og inkludere alle tænkelige relevante omkostninger og gevinster, som bør inkluderes i en samfundsøkonomisk evaluering af indsatsen. Der er i det systematiske litteraturstudie ikke identificeret fulde økonomiske evalueringer af relevans for økonomiperspektivet, men et internt notat fra IMK viser, at det i 2011 kostede ca. 2,4 mio. kr. i lønudgifter at drive klinikken, og at klinikken i øvrigt er væsentligt underfinansieret som følge af en uforholdsmæssig lav aktivitetsbestemt finansiering.

Resultaterne af registerstudiet tyder på, at patientgruppens forbrug af nogle ydelser falder efter at have modtaget behandling ved IMK, mens det for andre ydelser stiger. Specifikt ses et væsentligt statistisk signifikant fald i antallet af medicinindløsninger og offentlige forsørgelsesydelser modtaget over tid. Tilsvarende findes et statistisk signifikant fald i patientgruppens forbrug af skadestuebesøg fra før til efter, mens der modsat ses statistisk signifikante stigninger i forbruget af akutte indlæggelser generelt og akutte somatiske indlæggelser specifikt. Datagrundlaget er imidlertid for småt og for usikkert til, at der kan foretages økonomiske beregninger på baggrund heraf og konkluderes noget endegyldigt omkring de samfundsøkonomiske effekter af klinikkens indsats. Resultaterne tyder dog på, at indsatsen kan være forbundet med økonomiske gevinster for især kommunerne, idet der ses et væsentligt statistisk signifikant fald i forbruget af offentlige forsørgelsesydelser.

IMK, herunder klinikkens hospitalsbaserede forløbskoordination, er formentlig den første af sin slags i Europa, og der er således behov for uafhængig og grundig videnskabelig forskning på området, herunder mere komplicerede statistiske forbrugsanalyser og økonomiske beregninger, før der kan drages vidtrækkende konklusioner og generaliseringer omkring forudsætningerne for og konsekvenserne af at gennemføre hospitalsbaseret forløbskoordination ved IMK for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Klinikken er i dag mere veletableret, ydelserne mere veldefinerede, og patientgruppens sammensætning hvad angår etnicitet, opholdslængde og diagnosebillede væsentligt ændret siden starten. Derfor anbefales det at gentage registerstudiet på et større og bedre datagrundlag (inkl. kommunale data), som vil muliggøre mere komplicerede analyser af såvel de kliniske som økonomiske effekter af hospitalsbaseret forløbskoordination ved IMK.

Referencer

- 1:** Singhammer J. Etniske minoriteters sundhed. Aarhus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland; 2008. [13.01.14] Lokaliseret på: http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Projekter/HHDD%20-%20sundhedsprofil/Etnisk%20sundhedsprofil_juni%202008.pdf
- 2:** Esholdt HF, Fuglsang M, red. Etniske forskelle i patienters oplevelser. København: Enheden for Brugerundersøgelser; 2009. [13.01.14] Lokaliseret på: http://www.patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/dokumenter/artikel/etniske_forskelle.pdf
- 3:** Vinther-Jensen K, Primdahl R, red. Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi. København: Sundhedsstyrelsen; 2010. [13.01.14] Lokaliseret på: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2010/cff/etnisk/etnminoriteter_sundhedsv_antologi.pdf
- 4:** Nørby S, red. Klinisk Ordbog. 16 udg. København: Munksgaard Danmark; 2005.
- 5:** LG Insight. Helbred og integration. Erfaringer og anbefalinger fra 10 kommuner med indsatser for flygtninge/indvandrere med sygdomsoplevelser. Odense: LG Insight; 2009. [13.01.14] Lokaliseret på: http://www.sm.dk/data/Lists/Publikationer/Attachments/663/helbred_integrations_marts09.pdf
- 6:** Villadsen SF, Mortensen LH, Nybo Andersen AM. Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981-2003. Journal of Epidemiology & Community Health. 2009;63:106-112.
- 7:** Sodemann M, Kristensen TR, Nielsen D, Svabo A, Korsholm SBKM, Hermansen MM et al. Tak fordi I lavede en bedre version af mig. Erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik 2008-2013. Odense: Odense Universitetshospital, Indvandrermedicinsk Klinik; 2013. [13.01.14] Lokaliseret på: www.ouh.dk/dwn322207
- 8:** Sodemann M. For syg til sygehus. Jyllandsposten, kronik. 10.10.2011.
- 9:** Johansen ES. Indvandrermedicinsk Klinik baner vej for lighed for alle i behandlingen. [22.05.13] Lokaliseret på: <http://www.ouh.dk/wm388700>.
- 10:** Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, red. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Washington, DC: The National Academic Press, 2003.
- 11:** Holmberg T, Ahlmark N, Curtis T. Etniske minoriteters sundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed & Syddansk Universitet, 2009. [13.01.14] Lokaliseret på: http://www.sifolkesundhed.dk/upload/state_of_the_art_etniske_minoriteters_sundhed_i_danmark_pdf.pdf
- 12:** Hendren S, Griggs JJ, Epstein RM, Humiston S, Rousseau S, Jean-Pierre P et al. Study Protocol: A randomized controlled trial of patient navigation-activation to reduce cancer health disparities. BMC Cancer. 2010;10:551.
- 13:** Cevea. Tema: Ulighed i sundhed. Vision. 2012, 01. [13.01.14] Lokaliseret på: <http://www.cevea.dk/tidsskrift/ulighed-sundhed>

- 14:** Nielsen D, Svabo A, Korsholm K, Sodemann M. Kun en tåbe frygter ikke sproget. Tolkning – fra de professionelle tolkes synsvinkel. Odense: Odense Universitetshospital, Indvandrermedicinsk Klinik. [13.01.14] Lokaliseret på: www.ouh.dk/dwn130466
- 15:** Sundhedsstyrelsen. Sprogproblemer mellem sundhedspersonale og fremmedsprogede patienter. København S: Sundhedsstyrelsen; 2007. [13.01.14] Lokaliseret på: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2007/EFT/DPSD/Sprogproblemer_temarapport.pdf
- 16:** CATINÉT Research. Undersøgelse om patienter med indvandrerbaggrund. Sygeplejersken; 2005. [13.01.14] Lokaliseret på: http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Documents/Ekstra%20materiale/Rapport_patienter_med_indvandrerbaggrund_22905.pdf
- 17:** Sodemann M. Sprog indlæring og Posttraumatisk Stress Syndrom blandt flygtninge. En litteraturgennemgang. Odense: Odense Universitetshospital; 2014. [14.03.14] Lokaliseret på: <http://www.ouh.dk/wm266206>
- 18:** Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Park ER. Cultural Competence And Health Care Disparities: Key Perspectives And Trends. Health Affairs. 2005;24(2): 499-505. [14.03.14] Lokaliseret på: <http://content.healthaffairs.org/content/24/2/499.full.pdf+html>
- 19:** Theodorsen M. Notat om redegørelse for Indvandrermedicinsk Klinik. Odense: Odense Universitetshospital; 2012.
- 20:** Jakobsen MB, Thomsen JA, Galal LP. Udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet. København S: Sundhedsstyrelsen; 2006. [13.01.14] Lokaliseret på: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2006/CFF/Mediatorer/Erf_anv_kul_med_Sundhedsvaesnet.pdf
- 21:** Madsen MH, Højgaard B, Albæk J. Health literacy – Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner. København S: Sundhedsstyrelsen; 2009. [13.01.14] Lokaliseret på: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2009/CFF/dokumentation/HealthLiteracy_notat.pdf
- 22:** Nørgaard O, Sørensen K, Maindal HT, Kayser L. Måling af patientens sundhedskompetence kan bedre kommunikation i sundhedsvæsenet. Ugeskrift for læger. 2014;1:37-39. [14.03.14] Lokaliseret på: <http://ugeskriftet.dk/videnskab/maaling-af-patientens-sundhedskompetence-kan-bedre-kommunikation-i-sundhedsvaesnet-3>
- 23:** Terp C. Svage borgere drukner i et hav af omsorg. Ugebrevet A4. 09.11.2012. [13.01.14] Lokaliseret på: http://www.ugebreveta4.dk/da/2012/201245/Fredag/Svage_borgere.aspx
- 24:** Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. Version 1. Århus N: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS); 2009.
- 25:** Taubman-Ben-Ari O, Rabinowitz J, Feldman D, Vaturi R. Post-traumatisk stress disorder in primary-care settings: prevalence and physicians' detection. Psychological Medicine. 2001;31:555-560. [14.03.14] Lokaliseret på:

http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM31_03%2FS0033291701003658a.pdf&code=77395c58c50c240f968140bc4db80943

26: Institut for Menneskerettigheder. Race og Etnisk Oprindelse. Status 2012. København K: Institut for Menneskerettigheder; 2012. [13.01.14] Lokaliseret på:

http://www.menneskeret.dk/files/pdf/Publikationer/Status/dk/2012/STATUS_2012_IMR-Race_og_etnisk_oprindelse.pdf

27: Sodemann M. Evaluering af RCT forløb i Indvandrermedicinsk Klinik. Odense: Odense Universitetshospital, Indvandrermedicinsk Klinik; 2012.

28: Eriksen M. Den logiske model – et værktøj til at planlægge, gennemføre og evaluere sociale indsatser. Århus N: KREVI; 2008. [13.01.14] Lokaliseret på:

http://www.kora.dk/media/282484/den_logiske_model_290808_0.pdf

29: Kristensen FB, Sigmund HR, red. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2007. [13.01.14] Lokaliseret på:

http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2008/MTV/Metode/Metodehaandbogen_07_net_final.pdf

30: Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2007;7:16.

31: Frandsen TF, Dyrvig AK, Christensen JB, FASTERHOLDT I, ØLHOLM AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. Ugeskrift for læger, 2013. [13.01.14] Lokaliseret på:

<http://ugeskriftet.dk/files/ugeskriftet.dk/vp02130141.pdf>

32: Goldberg SV, Wallace J, Jackson JC, Chaulk CP, Nolan CM. Cultural case management of latent tuberculosis infection. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2004;8(1):76-82.

33: Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Wadsworth, Cengage Learning 2002.

34: Folmann NB, Jørgensen T. Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie. København: Sundhedsstyrelsen; 2006. [13.01.14] Lokaliseret på:

http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2006/CFF/Sufremme_etn/sygdbugsuv_etn.pdf

35: Kirkwood BR, Sterne JAC. Essential Medical Statistics. 2. udg. USA: Blackwell Science Ltd; 2003.

36: Jacobsen A. Rapport om projekt forløbskoordinator. Et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune og Indvandrermedicinsk Klinik på OUH. Odense: Odense Universitetshospital, Indvandrermedicinsk Klinik, 2010.

37: Hansen AR, Curtis T. Arbejdsnotat: Overblik over litteratur om etniske minoriteters sundhed i Danmark – type litteratur, metoder, målgrupper og emner. København: Statens Institut for Folkesundhed & Syddansk Universitet, 2008. [13.01.14] Lokaliseret på: http://www.sifolkesundhed.dk/upload/arbejdsnotat.udgivelser.etniske_minoriteter.pdf

- 38:** Steinberg ML, Fremont A, Khan DC, Huang D, Knapp H, Karaman D et al. Lay Patient Navigator Program Implementation for Equal Access to Cancer Care and Clinical Trials. American Cancer Society. 2006;107(11):2669-2677.
- 39:** Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E et al. Patient Navigation: State of the Art or Is it Science? American Cancer Society. 2008;113(8):1999-2010.
- 40:** Zeraiq L, Sodemann M. Interview undersøgelse om sagsbehandleres evaluering af forløbskoordinatorfunktionen i Indvandrermedicinsk Klinik. Odense: Odense Universitetshospital, Indvandrermedicinsk Klinik.
- 41:** Zeraiq L, Sodemann M. Interview undersøgelse om praksis lægers evaluering af samarbejdet med Indvandrermedicinsk Klinik. Odense: Odense Universitetshospital, Indvandrermedicinsk Klinik.
- 42:** Nielsen D, Svabo A, Sodemann M. Kompetenceudvikling og Patientkoordination i ingenmandsland. Beskrivelse og evaluering af det Etniske Patientkoordinatiorteam ved Odense Universitetshospital. Odense: Odense Universitetshospital, Indvandrermedicinsk Klinik; 2013. [13.01.14] Lokaliseret på: <http://www.ouh.dk/dwn341583>
- 43:** Schwartz B, Stenvang S. Indvandrermedicinsk Klinik (IMK). Finansiering af aktivitetsøgning og etablering af særlig videns- og udviklingscenterfunktion. Odense: Odense Universitetshospital; 2012.
- 44:** Forsknings- og MTV-afdelingen. Medicinsk Teknologivurdering (MTV) og Evaluering af Udvikling og Implementering af Nye Teknologier i Sundhedsvæsenet. Odense: Odense Universitetshospital; 2010.
- 45:** Daponte BO. Evaluation Essentials. Methods for Conducting Sound Research. 1. udg. USA: Jossey-Bass; 2008.

Afdelingen for Kvalitet og Forskning/MTV
v/ Anne Mette Ølholm
Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus
Indgang 101, 3. sal, Sdr. Boulevard 29 5000 Odense C
Mail: anne.mette.oelholm@rsyd.dk
Tlf: 3046 0895
www.ouh.dk/wm348531

regionsyddanmark.dk