

Evaluering af Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

Status for pilotafprøvningens aktiviteter samt fagpersoner og patienters erfaringer og fremadrettede perspektiver



Martin Sandberg Buch, Christina Holm-Petersen, Mette Brehm Johansen og Morten Sall Jensen

*Evaluering af Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser –
Status for pilotafprøvningens aktiviteter samt fagpersoner og
patienters erfaringer og fremadrettede perspektiver*

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-965-9

Modelfoto: Cathrine Kjærø Ulf Ertmann/VIVE

Projekt: 301642

Finansiering: Region Syddanmark

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Forord

Region Syddanmark har finansieret denne evaluering, der undersøger pilotafprøvningen af 'Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser', som regionen har udarbejdet. Pakkeforløbets formål er at understøtte et velfungerende og dialogbaseret samarbejde om akutindlæggelser i Region Syddanmark og herunder specifikt at styrke indsatsen for patienter med mange gentagne indlæggelser.

Pakkeforløbet har i pilotfasen været afprøvet på 10 hospitalsafsnit, og formålet har været at indsamle erfaringer, som kan anvendes i den næste fase, hvor der skal træffes beslutning om, hvilke hospitalsafdelinger pakkeforløbet i sin endelige form skal udrulles på i Region Syddanmark.

VIVE har evalueret pilotafprøvningen på opdrag af Region Syddanmark. Vi vil sende en stor tak til de fagpersoner, ledere, pårørende og patienter, der har deltaget i evalueringen, samt evalueringens regionale tovholdere, der har hjulpet med at kvalificere og planlægge indsamlingen af evalueringens datagrundlag.

Evalueringens resultater er i første omgang målrettet de fagpersoner og ledere i Region Syddanmark, der skal arbejde videre med pakkeforløbets udrulning. Men som evalueringen viser, har pakkeforløbets indhold og fokus et potentiale for at understøtte de generelle aftaler, der er indgået for tværsektoriel kommunikation og samarbejde ved indlæggelse og udskrivelse. Relevante ledere og fagpersoner fra de fire øvrige regioner vil derfor også kunne finde inspiration i rapporten.

Evalueringen er designet og gennemført af projektchef Martin Sandberg Buch, chefanalytiker Christina Holm-Petersen samt senioranalytikerne Mette Brehm Johansen og Morten Sall Jensen. Rapporten er kvalitetssikret via eksternt review af henholdsvis en forsker (anonym) og en praktiker (overlæge Peter Gjersøe, Tværsektorielt Team, Nordsjællands Hospital) med særlig viden om snitfladen mellem sygehuse og kommuner.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2021

Indhold

Sammenfatning.....	6
1 Baggrund, formål og datagrundlag.....	10
1.1 Introduktion til pakkeforløbet.....	10
1.2 Evaluering af pilotafprøvningen.....	13
1.3 Læsevejledning.....	15
2 Målgruppe- og aktivitetsanalyse.....	16
3 Patient- og pårørendeerfaringer med deltagelse i MDT-konferencer og den trygge udskrivelse.....	20
3.1 De interviewede patienter og pårørende.....	20
3.2 MDT-konferencen.....	20
3.3 Den trygge udskrivelse.....	24
3.4 Opsamling.....	26
4 Pilotafprøvning på akutmodtagelserne.....	27
4.1 Organisering og oplevet relevans.....	27
4.2 Dialogbaseret indlæggelse.....	28
4.3 Indsats i front.....	30
4.4 Den trygge udskrivelse.....	31
4.5 Tværgående MDT-konferencer med fokus på erfarings- og kompetenceudvikling.....	32
4.6 Opsamling.....	33
5 Pilotafprøvning på de stationære sengeafsnit.....	34
5.1 Opstart og organisering.....	34
5.2 Praktiske erfaringer med listegennemgang.....	35
5.3 Opsamling.....	39
6 Pilotafprøvning i psykiatrien.....	40
6.1 Introduktion til pilotafprøvning i psykiatrien.....	40
6.2 Erfaringer og perspektiver fra Voksenpsykiatrien.....	41
6.3 Erfaringer og perspektiver fra Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense.....	44
6.4 Opsamling.....	47
7 Konklusioner og anbefalinger til det videre arbejde med implementering.....	48
7.1 Konklusioner og perspektiver for videre implementering på Akutmodtagelserne.....	48
7.2 Konklusioner og perspektiver for videre implementering på sengeafdelinger....	49
7.3 Konklusioner og perspektiver for udvikling af et pakkeforløb for patienter med mange akutte kontakter i psykiatrien.....	50
7.4 Afrunding.....	51
Litteratur.....	53

Bilag 1	Evalueringens design og gennemførelse	54
Bilag 2	Guide: Pilotevaluering af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser ledere og medarbejdere	58
Bilag 3	Spørgeguide til patienter – evaluering af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser	62
Bilag 4	Psykiatridelingernes listepatienter	63

Sammenfatning

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser (herefter 'pakkeforløb') blev vedtaget i forbindelse med Region Syddanmarks budgetforlig 2019. Pakkeforløbet er formuleret som en proaktiv indsats henvendt til patienter med mindst tre akutte sygehuskontakter inden for et halvt år, med henblik på at der tages særligt hånd om de behov, der findes i målgruppen.

Pakkeforløbet er motiveret af et ønske om at identificere patienter, der indlægges gentagne gange, og hvor en systematisk og koordineret indsats på sygehusene kan være med til at mindske behovet for gentagne indlæggelser, jf. nedenstående formål:

- Blive i stand til systematisk at identificere de patienter med gentagne akutte kontakter, der har særlige behov – og samlet at løfte kvaliteten i disse patientforløb
- Understøtte, at det er de nødvendige indlæggelser, der finder sted – og således reducere antallet af gentagne akutte indlæggelser.

Pakkeforløbet indeholder tre indsatser, der er formuleret i samarbejde med udvalgte somatiske afdelinger og følger kronologien i de enkelte indlæggelsesforløb:

- **Dialogbaseret indlæggelse** omhandler dialogen mellem sygehus, almen praksis og kommune om de patienter, der henvises til indlæggelse, herunder om der findes alternativer til indlæggelse i form af sub-akut ambulans udredning, tilknytning til kommunale akuttilbud mv.
- **Styrket indsats i front** fokuserer på at opspore patienter med gentagne akutte indlæggelser via en algoritme, der dagligt udsender en liste over disse patienter til de enkelte afsnit. 'Listepatienterne' vurderes af speciallæge, og for patienter med særlige behov iværksættes MDT-konference (tværfaglig/tværasektoriel konference), patient- og pårørendeinvolvering og tydelige aftaler for patientens videre forløb.
- **Den trykke udskrivelse** understøttet af bl.a. udskrivningskoordinatorer, forventningsafstemning med patient og pårørende samt udvidet koordinering af udskrivelsen med hjemkommune og egen læge.

Pakkeforløbet skal på sigt udrulles på relevante somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger i hele Region Syddanmark. For at kvalificere pakkeforløbets indhold og valget af relevante afdelinger er der i 2020-2021 gennemført en pilotafprøvning på henholdsvis regionens fire akutmodtagelser, fire medicinske sengeafsnit og to afdelinger i psykiatrien.

VIVE har gennemført denne evaluering, der samler op på erfaringer og læring fra pilotafprøvnin-
gerne på opdrag af Region Syddanmark. Fokus er på pakkeforløbets organisering, relevans og anvendelighed i den kliniske praksis. Formålet er at kvalificere den planlagte fulde udrulning af pakkeforløb for gentagne indlæggelser.

Konklusioner og perspektiver for videre implementering på akutmodtagelserne

Pakkeforløbet fremstår som helhed meget relevant og overvejende anvendeligt på de fire akutmodtagelser, og der er her en forventning om fortsat konsolidering af de beskrevne arbejdsgange og funktioner. Dette positive afsæt begrundes dels med, at akutmodtagelserne er godt konsolideret i deres organisering og interne samarbejdsrelationer på sygehusene, hvorfor de aktuelt arbejder på at åbne op for deres relationer til kommunerne og fokuseret søger at forebygge indlæggelser. Pakkeforløbet og dets indsatser fremstår derfor som et initiativ, der understøtter den

igangværende udvikling på akutafdelingerne. Oplevelsen er samtidig, at den aktuelle udvikling i kommunerne med oprettelse af akutteams, midlertidige pladser og fremskudt visitation positivt understøtter arbejdet med pakkeforløbets elementer.

I udgangspunktet skulle akutafdelingerne kun arbejde med indsatsen 'dialogbaseret indlæggelse', men de har også valgt at få erfaringer med 'styrket indsats i front' og 'den trygge udskrivelse'. Erfaringerne med styrket indsats i front og den trygge udskrivelse er, at akutafdelingernes korte indlæggelsestider udfordrer arbejdet med henholdsvis 'listegennemgang' og MDT. Til gengæld nævnes også eksempler på, at det er lykkedes at holde MDT-konferencer, og at dette har haft stor værdi for de involverede patienter.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter, der fremstår for akutmodtagelsernes videre arbejde med pakkeforløbet, handler om at:

- få ansat og konsolideret de sidste tværsektorielle koordinatore og udskrivelseskoordinatore
- opnå mere rutine med MDT-formatet – og meget gerne i en virtuel form, hvor praksislæger og kommuner har bedre mulighed for at deltage
- videreudvikle arbejdet med listegennemgang i forhold til GDPR og funktionalitet, så indsatsen bliver mere præcis og lettere at arbejde med. Hvis det ikke er muligt at få listegennemgangen til at fungere, kan det overvejes, om der som en del af arbejdsgangen ved akutindlæggelser kan findes en anden metode til at sætte fokus på patienter med gentage indlæggelser og særlige behov for opfølgning.

Konklusioner og perspektiver for den videre implementering på sengeafdelinger

Pakkeforløbets fokus på at forebygge gentagne indlæggelser, såvel som forløbets grundelementer i form af udskrivningskoordinatore, MDT-konferencer og særligt fokus på at koordinere udskrivelsen for patienter med komplekse forløb, fremstår relevante på tværs af de fire pilotafdelinger. Erfaringerne med de nye elementer i form af listegennemgang og afholdelse af MDT-konferencer adskiller sig til gengæld på tværs af henholdsvis de to geriatriske afdelinger og de to medicinske specialafdelinger, der har deltaget i pilotafprøvningen.

Det fremgår også, at MDT-konferencen er et tiltag forbeholdt en lille andel af de patienter, der dagligt optræder på afdelingernes lister. Enkelte – og det gælder især deltagerne fra de to medicinske afsnit – stiller i den forbindelse spørgsmålstejn ved, hvorvidt udbyttet af listegennemgang matcher de anvendte ressourcer, og hvorvidt det er muligt at opnå større præcision i udvælgelsen af listepatienter.

Det oplevede udbytte af MDT-konferencer relateret til planlægning af konkrete patientforløb vurderes stort af både de involverede fagpersoner og de interviewede patienter. Det fremstår samtidig som vigtige opmærksomhedspunkter, at:

- patienter/pårørende bliver hørt og reelt involveret i konferencens fokus og beslutninger
- der er et tydeligt formål med konferencen og en klar rollefordeling mellem de deltagende fagpersoner
- der primært deltager en ansvarlig speciallæge med indsigt i patientens forløb og sygdomsbillede.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter for det videre arbejde handler med afsæt i sengeafsniternes erfaringer om, at:

- Erfaringerne fra de to medicinske afsnit illustrerer, at der kan være væsentlige patientrelaterede forskelle de medicinske specialer imellem, som har betydning for arbejdet med listegennemgang og MDT-konferencer. Det fremstår derfor relevant at afveje, på hvilke afsnit og ud fra hvilke kriterier listegennemgang og MDT udgør relevante og anvendelige redskaber på de enkelte afdelinger.
- De understøttende funktioner i form af tværsektorielle koordinatore og udskrivelseskoordinator bør være til stede på de afdelinger, der skal arbejde med listegennemgang, MDT og opfølgning på forløbet for de relevante patienter, der identificeres.
- De involverede fagpersoner skal tydeligt informeres om pakkeforløbets formål og indhold, samt at der etableres en projektgruppe med ansvar for implementeringen. Erfaringerne fra de fire pilotafsnit indikerer, at personkredsen godt kan være snæver, så længe den er forankret blandt de relevante nøglepersoner i form af listeansvarlige læger og koordinerende funktioner.
- Ved afholdelse af MDT målrettet individuelle patientforløb er det vigtigt, at en ansvarlig læge, der er godt inde i forløbet, kan deltage sammen med udskrivningskoordinator eller lignende, som kan sikre opfølgning og effektivering af de tiltag, der besluttet. En tydelig dagsorden og dialog i øjenhøjde bør også prioriteres, da dette fremstår essentielt for det patientoplevede udbytte.

Konklusioner og perspektiver for udvikling af et pakkeforløb for patienter med gentagne akutte kontakter i psykiatrien

Pakkeforløbet er udviklet med afsæt i det somatiske sygehusområde, og det var i udgangspunktet ikke tænkt, at forløbet skulle afprøves i psykiatrien. Imidlertid har psykiatrien haft et ønske om at opnå erfaringer med dele af pakkeforløbets indsatser. Derfor er der udvalgt to pilotafdelinger fra henholdsvis voksenpsykiatrien samt børne- og ungepsykiatrien, der indgår med en afgrænset rolle, hvor de har afprøvet den listegennemgang, der er indeholdt i 'indsats i front'. Formålet er at kvalificere et forestående arbejde med at styrke psykiatriens indsats for patienter med gentagne akutte hospitalskontakter.

En læring fra opstarten i voksenpsykiatrien er, at det har været nødvendigt at justere den algoritme, der udvælger patienter til 'listegennemgang'. Tidsperioden for de tre forudgående akutte kontakter er nedsat fra 6 til 3 måneder, da der ellers ville optræde for mange patienter på de daglige lister. Endvidere tæller kontakter og indlæggelser vedrørende retspsykiatriske patienter, vedligeholdelses-elektrochokbehandling og patientstyrede indlæggelser ikke med, da disse repræsenterer et ønsket kontaktmønster.

Den oplevede relevans og anvendelighed blandt deltagerne fra voksenpsykiatrien er lav, og der er ikke fundet eksempler på, at listegennemgangen har fungeret som afsæt for opfølgning og optimering af konkrete patientforløb i løbet af pilotafprøvningen. Det fremgår videre, at de involverede slås med en række udfordringer relateret til kommunikation, koordination og adgang til relevante tilbud, som de vurderer, at patienterne har behov for. Listegennemgangen opleves ikke som et element, der bidrager til løsningen af disse udfordringer. I det videre arbejde med pakkeforløbstanken i psykiatrien efterspørges derfor en mere involverende proces, hvor de løsninger, der arbejdes med, i højere grad er formuleret af psykiatriens fagpersoner og målrettet psykiatriens vilkår og udfordringer. Dog peges der på de udgående ambulante teams som aktører, der potentielt kunne have nytte af et værktøj som listegennemgangen, fordi de ofte ikke bliver informeret om indlæggelser blandt de patienter, de er tilknyttet.

Den oplevede relevans og anvendelighed er relativt høj blandt de involverede i børne- og ungepsykiatrien, og der er her et ønske om at beholde og konsolidere listegennemgangen fremadrettet, dels i forhold til at opnå rutine med de forskellige elementer i opfølgningen på relevante patienter, dels for at gøre arbejdsgangene mindre personafhængige. Afdelingen har samtidig valgt at inkludere patienter, der har haft to gentagne akutte kontakter inden for 3 måneder, i den daglige listegennemgang for at understøtte tidlig opsporing af patienter med særlige behov.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter, der fremstår for det videre arbejde med at udvikle et pakkeforløb i psykiatrien, handler om, at:

- pakkeforløbet i sin nuværende form ikke vurderes velegnet at implementere i voksenpsykiatrien
- igangsætte/gennemføre den planlagte beskrivelse af et pakkeforløb målrettet psykiatriens opgaver og vilkår med afsæt i en involverende proces, som ligner den, der blev gennemført på det somatiske område
- nøje at overveje, hvor og hvordan listegennemgang og MDT-konferencer kan fungere som relevante og anvendelige redskaber i psykiatrien. Børne- og ungepsykiatrien fremstår umiddelbart relevant på baggrund af pilotafprøvningen, og tilsvarende bliver der i voksenpsykiatrien peget på de udgående ambulante teams som en mulighed, der kan undersøges nærmere fremadrettet.

Generelle opmærksomhedspunkter for pakkeforløbets videre udrulning

Evalueringsens datagrundlag giver ikke anledning til at anbefale grundlæggende ændringer og justeringer af pakkeforløbets opbygning og indhold ud over de justeringer, der er gennemgået i forhold til grupperne af pilotafsnit ovenfor. Det skyldes, at pakkeforløbet overordnet fremstår relevant, samt at der er opbakning til de grundlæggende målsætninger og indholdselementer på de involverede somatiske pilotafsnit.

Der bør dog være opmærksomhed på, at dette ikke nødvendigvis kan antages at være tilfældet på alle typer af sengeafdelinger. Lungemedicinske, endokrinologiske og geriatriske afdelinger vurderes at udgøre relevante specialer, mens kirurgiske og kardiologiske afdelinger nævnes som specialer, der i mindre grad fremstår relevante for de interviewede fagpersoner.

Det vil derfor være vigtigt at afdække parathed og relevans på de nye afsnit og specialer, der tænkes involveret fremadrettet. Det fremstår for det første vigtigt at lave en reel vurdering af, hvorvidt der er behov for at justere i indhold og enkeltelementer i forhold til de individuelle afsnit. For det andet kan det kræve flere ressourcer og mere ledelsesmæssig opmærksomhed at udrulle forløbet på afdelinger, der fx ikke har ansat tværsektorielle koordinatore, udskrivningskoordinatore og lignende, som kan fungere som nøglepersoner for implementering.

Evalueringsens datagrundlag

Evalueringen er baseret på interviews med i alt 48 fagpersoner og ledere fra de 10 pilotafdelinger, der har arbejdet med pakkeforløbet, samt interviews med syv patienter og pårørende, der har deltaget i en MDT-konference. Endvidere er der gennemført en aktivitets- og målgruppeopgørelse med afsæt i data leveret fra Region Syddanmark.

1 Baggrund, formål og datagrundlag

1.1 Introduktion til pakkeforløbet

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser (herefter 'pakkeforløb') blev vedtaget i forbindelse med Region Syddanmarks budgetforlig i 2019. Pakkeforløb er formuleret som en proaktiv indsats henvendt til patienter med mindst tre akutte sygehuskontakter inden for et halvt år med henblik på, at der tages særligt hånd om de behov, der findes i målgruppen (1).

Pakkeforløbet er motiveret af et ønske om at identificere patienter, der indlægges gentagne gange, og hvor en systematisk og koordineret indsats på sygehusene kan være med til at forebygge behovet for gentagne indlæggelser, jf. nedenstående formål:

- Blive i stand til systematisk at identificere de patienter med gentagne akutte kontakter, der har særlige behov – og samlet løfte kvaliteten i disse patientforløb
- Understøtte, at det er de nødvendige indlæggelser, der finder sted – og således reducere antallet af indlæggelser.

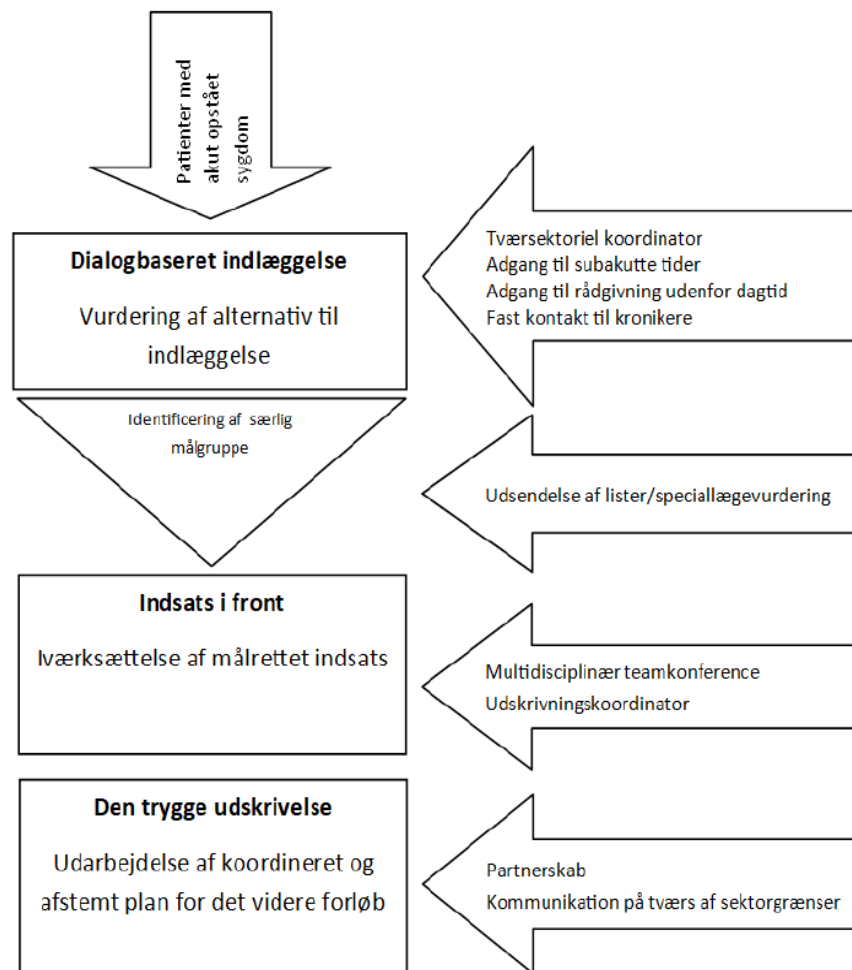
1.1.1 Pakkeforløbets tilblivelse og indhold

En væsentlig del af pakkeforløbets indsatser og delelementer findes allerede i varierende omfang på hospitalernes akutmodtagelser og sengeafdelinger, hvilket afspejler tilblivelsen af pakkeforløbet. For det første læner pakkeforløbet sig op ad eksisterende aftaler for kommunikation og arbejdsgange ved indlæggelse og udskrivelse. For det andet er pakkeforløbet udformet med afsæt i en involverende proces, hvor en række af regionens akutmodtagelser og somatiske sengeafdelinger har beskrevet de tiltag, som de hver især arbejder med for at understøtte velfungerende patientforløb og mindske antallet af gentagne indlæggelser.

Det er således sygehusafdelingernes egne bud på '*best practice*', der er beskrevet i samlet form i pakkeforløbet med henblik på at sikre et systematisk og ensartet tilbud på tværs af sygehusene.

Pakkeforløbet er formuleret under tre overordnede indsatser med tilhørende tiltag, der samtidig afspejler kronologien i et indlæggelsesforløb. Disse er illustreret i Figur 1.1 og uddybes i teksten efter figuren:

Figur 1.1 Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser



Kilde: Region Syddanmark, 2020.

1.1.2 Den dialogbaserede indlæggelse

'Den dialogbaserede indlæggelse' starter, når patienten henvises fra primær sektor til sygehuse- nes akutmodtagelser med henblik på indlæggelse. Her er det forudsat, at der i forbindelse med visitationen af patienten skal være en dialog om, hvorvidt der er andre og bedre alternativer til en indlæggelse. Som angivet i pilen ud for 'dialogbaseret indlæggelse' udgør fundamentet for denne dialog fire tiltag:

- Den tværsektorielle koordinator er en delvist ny funktion på akutmodtagelserne, der bl.a. har ansvar for, at sygehuset har et opdateret overblik over de enkelte kommuners tilbud i form af fx akutteams, akutpladser og lignende, der kan fungere som alternativ til indlæggelse, mens der fx laves aftaler om en sub-akut ambulant tid til patienten.
- Adgang til sub-akutte tider, rådgivning hos speciallæge uden for dagtid og fast kontakt til kronikere udgør tre hospitalstiltag, som tilsammen skal give handlemuligheder i dialogen mellem henvisende læge fra primær sektor og den visiterende funktion i FAM for at finde alternativer til den akutte indlæggelse, når dette er relevant og muligt.

1.1.3 Styrket indsats i front

'Indsats i front' omhandler de patienter, der indlægges akut, og repræsenterer et ønske om at sætte målrettet ind initialt i indlæggelsesforløbet via opsporing af patienter med gentagne akutte kontakter og iværksættelse af tiltag, som kan mindske behovet for gentagne indlæggelser fremadrettet.

Pakkeforløbet introducerer i den forbindelse en ny screeningspraksis målrettet de patienter, som inden for de forudgående 6 måneder har haft mindst tre akutte kontakter (ambulante og stationære) på den sammen sygehusenhed. Disse patienter identificeres via en algoritme, og målet er, at de relevante kliniske afdelinger dagligt modtager en liste over de patienter, der er fundet via algoritmen. Da der er tale om en bred og kompleks gruppe af patienter, skal de enkelte afdelinger foretage en speciallægevurdering af årsagerne til de gentagne akutte kontakter, samt i hvilket omfang det er relevant at optimere patientens behandling og samarbejdet om dennes forløb.

I de tilfælde, hvor det vurderes, at patienten er i målgruppe for pakkeforløbet, er det i pakkeforløbet angivet, at der skal afholdes en multidisciplinær teamkonference (herefter MDT), hvor relevante fagpersoner og – når det er muligt – patient og pårørende deltager med henblik på at gennemgå patientens sygdomsbillede og forløb for at optimere indsatsen. MDT kan både holdes internt på sygehuset, når der fx er behov for at koordinere udredning og behandling på tværs af specialer og i samarbejde med almen praksis og kommune i de forløb, hvor det er essentielt at optimere overlevering og indsats i primærsektoren. Det forventes derfor også, at udskrivelseskoordinatoren vil deltage i MDT samt have et særligt ansvar for at følge op på de aftaler, der indgås, fx ved at afholde mål- og plansamtaler med patient og pårørende samt via udvidet koordination og dialog med patientens hjemkommune i forbindelse med udskrivelsen.

På et mere generelt niveau lægger pakkeforløbet op til, at sygehusene med faste intervaller – fx hver fjortende dag – afholder interne MDT-møder med deltagelse af en bredere kreds af fagpersoner for at drøfte udvalgte patientcases. Formålet med disse konferencer er at fremme generel læring og sparring om patienter med komplekst sygdomsbillede, udredning og behandling. Denne type af MDT er således typisk afkoblet fra selve indlæggelsesforløbet, men forudsættes stadig anvendt som afsæt for at optimere de drøftede patienters behandling, når dette er relevant.

1.1.4 Den trygge udskrivelse

'Den trygge udskrivelse' er et generelt fokus for sygehusafdelingerne, men gennem pakkeforløbet sættes yderligere fokus på anvendelse af de i forvejen tilgængelige redskaber i form af fx mål- og planmøder med patient og pårørende, udvidet koordination og kommunikation over sektorgrænsen ved udskrivelse. Udskrivelseskoordinatoren er i denne sammenhæng en central – og på nogle afdelinger – nyoprettet funktion, som skal medvirke til, at patienter med gentagne indlæggelser sendes hjem med en koordineret og afstemt plan for det videre forløb.

1.1.5 Pilotafprøvning på 10 sygehusafsnit

Pakkeforløbet skal på sigt udrulles på alle relevante somatiske og psykiatriske sygehusafsnit. Som forberedelse til dette blev der i 2020 aftalt en pilotafprøvning på 10 udvalgte sygehusafsnit, hvorefter det tilrettede pakkeforløb fra starten af 2021 skulle udrulles på alle medicinske afdelinger (1, s. 17). De 10 pilotafdelinger er fordelt på:

- Fire somatiske akutmodtagelser, der afprøver indsatserne vedrørende 'dialogbaseret indlæggelse'. Herudover har akutmodtagelserne også selv valgt at afprøve 'indsats i front' og 'den trygge udskrivelse' for at opnå erfaringer med disse indsatser.
- Fire medicinske sengeafsnit, der afprøver 'indsats i front' og 'den trygge udskrivelse'.
- To psykiatriske afdelinger, der arbejder med den daglige listegennemgang, som er beskrevet i forbindelse med pakkeforløbets 'indsats i front'.

De somatiske akutmodtagelser og medicinske sengeafsnit er udvalgt strategisk ud fra en vurdering af, hvor der findes flest relevante patienter i pakkeforløbets målgruppe. Samtidig er der et vist sammenfald mellem de arbejdsgrupper, der har været med til at give input til pakkeforløbets udformning, og de afdelingsledelser/lokale ressourcpersoner, der har haft ansvar for arbejdet med pilotafprøvningen.

Heroverfor er de to psykiatriske afdelinger udvalgt til pilotfasen, fordi der i psykiatrien var et ønske om at opnå indledende erfaringer med, hvordan udvalgte elementer fra pakkeforløbet kan fungere i psykiatrien. Formålet er her at kvalificere det forestående arbejde med at udvikle et pakkeforløb, som er udformet med afsæt i psykiatriens vilkår og patientgrupper (1, s. 3). De to psykiatriske afdelinger i pilotafprøvningen har med det afsæt kun arbejdet med at afprøve konceptet for daglig listegennemgang samt at optimere behandling og samarbejde omkring de 'listepatienter', som dette vurderes relevant for.

1.2 Evaluering af pilotafprøvningen

I forbindelse med pilotafprøvningen blev afsat ressourcer til VIVEs evaluering, der samler op på erfaringer og læring fra pilotafprøvningsne. Fokus er på pakkeforløbets relevans og anvendelighed i den kliniske praksis samt oplevede resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter. Formålet er at kvalificere den planlagte fulde udrulning af pakkeforløb for gentagne indlæggelser via nedenstående tre hovedopgaver:

- En interviewundersøgelse, som skaber viden om, hvordan pakkeforløbet er modtaget og omsat til praksis på de forskellige typer af hospitalsafdelinger, der deltager i afprøvningsfasen, samt hvilke resultater og fremadrettede perspektiver der forbindes med indsatsen.
- En interviewundersøgelse, der afdækker patienter og pårørendes perspektiver på de tilbud, de har modtaget i regi af pakkeforløbet i form af opfølgning, når personalet på en pilotafdeling har vurderet, at der er behov for en særlig indsats for at styrke samarbejdet om patientens videre forløb.
- En aktivitets- og målgruppeopgørelse, der beskriver målgruppen af patienter, antallet og typer af forløb samt antal og typer af specifikke aktiviteter, der tilbydes/gennemføres i regi af pakkeforløbet.

1.2.1 Forsinkelser og udfordringer som følge af covid-19-pandemien

Covid-19-situationen fra starten af 2020 og frem har udfordret pilotafprøvningen såvel som evalueringen af denne i væsentlig grad. For at tage højde for dette blev pilotafprøvningen på de involverede afsnit udskudt, så de først gik i gang fra november 2020, mens VIVEs dataindsamling tilsvarende blev udskudt til foråret 2021.

1.2.2 Evalueringens datagrundlag og anvendte metoder¹

VIVEs evaluering består af tre hovedopgaver:

Interviewundersøgelse blandt fagpersoner og ledere på de 10 pilotafdelinger

Erfaringer fra pakkeforløbets pilotafdelinger er afdækket via 13 gruppeinterview med 48 ledere og medarbejdere. Interviewdeltagerne er udvalgt af pilotafprøvningens lokale tovholdere i dialog med de enkelte pilotafdelinger, og fokus har været at inkludere ledere og fagpersoner, der er direkte involveret i afprøvningen.

Interviewene afdækker, hvordan de enkelte pilotafdelinger har arbejdet med pakkeforløbet, hvilke faktorer der har fremmet eller hæmmet arbejdet, samt oplevede resultater og perspektiver på det videre arbejde med den planlagte udrulning. Interviewene har haft særligt fokus på at afdække den oplevede relevans og anvendelighed samt de faglige og patientrelaterede gevinster, som fagpersonerne oplever som følge af de nye initiativer.

Interviewene er gennemført som forudsat i evalueringens design, og det er VIVEs vurdering, at de giver et fyldestgørende og validt billede af de erfaringer, der tilsammen er skabt ved pilotafprøvningerne.

Interviewundersøgelse blandt patienter og pårørende

Evalueringens patient- og pårørendeinterviews omhandler målgruppens erfaringer med tiltag relateret til pakkeforløbet, herunder deres vurdering af det oplevede udbytte og de fremadrettede perspektiver. Datamaterialet består af kvalitative semistrukturerede interview med henholdsvis fem patienter og to pårørende². Interviewdeltagerne er udvalgt ud fra et kriterie om, at de enten har deltaget i en MDT-samtale (fem interviews) eller har haft et forløb med særligt fokus på indsatsområdet 'den trygge udskrivelse' (to interviews). Det gælder også her, at datagrundlaget er væsentligt mindre end forudsat, fordi pilotafdelingerne kun har været i stand til at aftale syv af de 15 interview, der var lagt op til i evalueringen. Samtidig er det ikke lykkedes for de psykiatriske pilotafdelinger at finde patienter/pårørende til interview.

Målgruppe- og aktivitetsanalyse i relation til screening og MDT-samtaler

Målgruppe- og aktivitetsanalyse er gennemført for at opnå viden om målgruppen af patienter, der modtager pakkeforløbet og et billede af aktiviteten i relation til screening og MDT-samtaler. Formålet var endvidere at beskrive og sammenligne de 'listepatienter', der modtager ydelser i pakkeforløbet, med de listepatienter, der ikke tilbydes ydelser for at se, om der var forskelle, samt hvorvidt disse forskelle kunne anvendes som afsæt for at justere den algoritme, som finder patienterne. Datagrundlaget for de kvantitative analyser har imidlertid været udfordret af lav aktivitet i relation til pakkeforløbet, samt af det kun er to pilotafdelinger, der har registreret affoldelsen af MDT-samtaler korrekt. Datagrundlaget for denne del af evalueringen er derfor ufuldstændigt, og analysen kan med fordel gentages, hvis det på et senere tidspunkt vurderes muligt at etablere et validt datagrundlag.

¹ En detaljeret beskrivelse af datagrundlaget og anvendte metoder fremgår af Bilag 1.

² Interviewdeltagerens karakteristika kan ses i Bilag 1. Det var planlagt, at der skulle gennemføres 15 patient- og pårørendeinterviews, men selvom rekrutteringen til interview er foregået over 3 måneder i foråret 2021, har det kun været muligt for personalet på pilotafdelingerne at rekruttere syv deltagere.

1.3 Læsevejledning

Rapporten er bestået af nedenstående kapitler:

Kapitel 2 sammenfatter resultatet af målgruppe- og aktivitetsanalysen.

Kapitel 3 præsenterer resultaterne af VIVEs interviewundersøgelse med borgere og pårørende om deres perspektiver på de MDT-konferencer, der indgår i pakkeforløbet.

Kapitel 4 belyser – med afsæt i de gennemførte interviews – erfaringerne fra de fire fælles akutmodtagelser, der har afprøvet pakkeforløbets elementer om 'den dialogbaserede indlæggelse' og endvidere de frivilligt valgte elementer i 'indsats i front' og 'den trygge udskrivelse'.

Kapitel 5 omhandler erfaringerne fra medicinske sengeafsnit, der har arbejdet med elementerne 'listegennemgang', MDT-konferencer og 'den trygge udskrivelse'.

Kapitel 6 sammenfatter erfaringer og fremadrettede perspektiver fra de to afdelinger i henholdsvis voksenpsykiatrien samt børne- og ungepsykiatrien, der har afprøvet 'listegennemgang'.

Kapitel 7 opstiller evalueringens konklusioner og fremadrettede anbefalinger.

2 Målgruppe- og aktivitetsanalyse

Målgruppe- og aktivitetsanalysen er gennemført for at få viden om målgruppen af patienter, der modtager pakkeforløbet, og niveauet af aktivitet i projektperioden på de somatiske pilotafdelinger³. Formålet er desuden at sammenligne de 'listepatienter', der modtager ydelser i pakkeforløbet, med de listepatienter, der ikke tilbydes ydelser for at se, om der er forskelle, samt hvorvidt disse forskelle kunne anvendes som afsæt for at justere den algoritme, der finder patienterne.

Som indikator for, at patienten har fået særlig opfølgning i regi af pakkeforløbet, er valgt, hvorvidt patienten har modtaget MDT eller ej. Regionens tovholdere på evalueringen har med det afsæt instrueret pilotafdelingerne i, hvordan afholdelse af MDT skulle registreres, så de involverede patienter kan identificeres og sammenlignes med gruppen af listepatienter, der ikke har modtaget MDT.

Det var endvidere planlagt at sammenligne de to patientgruppers forbrug af regionale sundhedsydelser henholdsvis 6 måneder før og 6 måneder efter afholdelsen af MDT for at få en indikation på, hvorvidt indsatsen er med til at forebygge akutte sygehuskontakter. Denne del af analysen har imidlertid ikke været mulig at gennemføre. Det skyldes for det første, at pilotafprøvningsne er stærkt forsinkede af covid-19-pandemien, hvorfor afsnittene først er kommet i gang med MDT fra slutningen af 2020 og frem, hvormed der kun er begrænset mulighed for at følge på patienternes forbrug af sundhedsydelser i perioden efter MDT. For det andet er der p.t. afholdt så få MDT, at datagrundlaget for at lave en analyse og vurdering af betydningen for patienternes forløb ikke er tilstrækkeligt. Et tredje forhold, der yderligere begrænser datagrundlaget, er, kun to pilotafdelingerne har registreret afholdelsen af MDT korrekt.

Datagrundlaget for VIVEs målgruppe- og aktivitetsanalyse er derved ufuldstændigt, og de indsamlede data kan kun anvendes til at lave en tentativ beskrivelse og sammenligning af patientkarakteristika for de to patientgrupper. Disse beskrives og sammenlignes i forhold til køn, alder, antal akutte kontakter indlæggelser og antal sengedage i perioden november 2020 til maj 2021.

2.1 Resultater

De to pilotafsnit, der har registreret afholdelsen af MDT korrekt, er Afdeling for medicinske sygdomme på Sygehus Sønderjylland og Geriatrik Afdeling på Odense Universitetshospital.

I perioden fra 1. november 2020 til 31. maj 2021 har de to afdelinger tilsammen haft 593 patienter, der har haft tre akutte sygehuskontakter inden for 182 dage, som er kommet på listen. I alt er 38 (6 %) af 'listepatienterne' blevet gennemgået i en MDT-konference, hvor deres videre forløb er blevet planlagt.

Geriatrik Afdeling OUH har inkluderet 29 patienter, hvilket svarer til 17 % af afdelingens 169 listepatienter, og den første MDT-konference blev gennemført på afdelingen i november 2020. På Sygehus Sønderjyllands afdeling for Medicinske sygdomme har underafsnittet Medicinsk sygdomme modtagelse gennemgået 9 (7 %) af afdelingens listepatienter i inklusionsperioden – med første

³ Psykiatrisygehuset har ikke arbejdet med MDT i pilotafprøvningsne. Derfor har pilotafsnittene i psykiatrien lavet audit på et udsnit af deres 'listepatienter' for at vurdere, hvorvidt listerne fanger de relevante patienter og muliggør relevant handling. Resultaterne gennemgås i kapitel 6, der omhandler erfaringerne fra psykiatrien. Endvidere fremgår en oversigt over psykiatriens 'listepatienter' i perioden 1. november- 31. maj i Bilag 4.

MDT-konference gennemført i marts 2021. Fordelingen af patienter på afdelingerne og underafsnittene ses i Tabel 2.1:

Tabel 2.1 Antal patienter på de 2 projektafdelinger

	Patienter på lister (N = 593)	Patienter, hvor der ikke er afholdt MDT-konference (N = 545)	Patienter, hvor der er afholdt MDT-konference (N = 38)
Odense Universitetshospital			
Geriatrisk afdeling	169	140 (83 %)	29 (17 %)
Sygehus Sønderjylland (Medicinske sygdomme) (N = 424)			
Lungesygdomme (underafsnit)	191	191	0
Kræftsygdomme (underafsnit)	20	20	0
Diabetes, hormon- og nyresygdomme (underafsnit)	83	83	0
Medicinsk modtagelse (underafsnit)	130	121 (93 %)	9 (7 %)

Anm.: Forkortelser: Antal patienter (N), Multidisciplinære Team-konferencer, MDT-konferencer, procent af række total (%)
Kilde: Cosmic PAS, Region Syddanmark.

For de 593 patienter, der blev rundsendt på listerne, er gennemsnitsalderen 75 år, og fordelingen af kvinder (49,6 %) og mænd (50,4 %) er stort set ens som angivet i Tabel 2.2. Tabellen viser også, at patienterne i gennemsnit havde 2,1 akutte sygehuskontakter og 16,9 sengedage i perioden fra 1. november 2020 til 31. maj 2021.

Tabel 2.2 Karakteristika for patienter, der er rundsendt på lister over mulige kandidater til MDT-konference, i perioden fra 1. november 2020 til 31. maj 2021

	Patienter på lister
N (populationens størrelse)	593
Køn	
Kvinder (antal)	294
Mænd (antal)	299
I alt	593
Kvinder (%)	49,6 %
Mænd (%)	50,4 %
Alder	
Gennemsnitlig alder i år ved optagelse på liste	75
Gennemsnitligt antal akutte sygehuskontakter pr. patient 1. november 2020-31. maj 2021	2,1
Gennemsnitligt antal sengedage pr. patient 1. november 2020-31. maj 2021	16,9

Anm.: Forkortelser: Antal patienter (N), Multidisciplinære Team-konferencer, MDT-konferencer, procent af række total (%)
Spredning er defineret som en standard afvigelse fra gennemsnittet.
Kilde: Cosmic PAS Region Syddanmark.

I Tabel 2.3 ses forskelle i karakteristika mellem de 38 patienter, der blev gennemgået i MDT-konference, og de for de resterende 555 patienter, der ikke blev gennemgået i en MDT-konference. Fordelingen mellem køn er lige mellem de to grupper. For de patienter, der modtager MDT-konference, er gennemsnitsalderen på 77 år, hvilket umiddelbart er højere end gennemsnitsalderen for de patienter, hvor der ikke afholdes MDT-konference, og som er på 75 år. Når der zoomes ind på de henholdsvis 169 og 130 patienter fra Geriatrisk Afdeling OUH og Medi-

cinsk modtagelse SHS, ser gennemsnitsalderen anderledes ud. På Geriatrisk Afdeling er gennemsnittet på 82 år for begge grupper, mens gennemsnitsalderen er 62 år for de patienter på Medicinsk Modtagelse SHS, der får afholdt MDT-konference på afdelingen, hvilket er lavere.

Table 2.3 Forskelle i karakteristika mellem patienter, der blev gennemgået i MDT-konference, og de, der ikke blev gennemgået i en MDT-konference

	Patienter, hvor der ikke er afholdt MDT-konference	Patienter, hvor der er afholdt MDT-konference
N (populationens størrelse)	555	38
Køn		
Kvinder (antal)	276	18
Mænd (antal)	279	20
I alt	555	38
Kvinder (%)	49,7 %	47,4 %
Mænd (%)	50,3 %	52,6 %
Alder		
Gennemsnitlig alder i år ved optagelse på liste (alle)	75	77
Gennemsnitlig alder i år ved optagelse på liste (Geriatrisk Afdeling OUH (N = 169) (Median)	82 (84)	82 (81)
Gennemsnitlig alder i år ved optagelse på liste (Medicinsk Modtagelse SHS (N = 130) (Median)	72 (78)	62 (67)
Gennemsnitligt antal akutte sygehuskontakter pr. patient	2,0	3,7
Gennemsnitligt antal sengedage pr. patient	16,6	21,8

Anm.: Forkortelser: Antal patienter (N), Multidisciplinære Team-konferencer, MDT-konferencer, procent af række total (%). Spredning er defineret som en standard afvigelse fra gennemsnittet, Odense Universitets Hospital (OUH), Sygehus Sønderjylland (SHS).

Kilde: Cosmic PAS Region Syddanmark.

De 38 patienter, der fik deres videre forløb planlagt på en MDT-konference, havde i gennemsnit 3,7 akutte sygehuskontakter og 21,8 sengedage i perioden 1. november 2020 til 31. maj 2021. Tilsvarende havde de patienter, der ikke blev gennemgået på en MDT-konference, 2,0 akutte sygehuskontakter og 16,6 sengedage i perioden. Som vi vender tilbage til i kapitel 5, skal forskellene ses som udtryk for, at det netop er de mest komplekse patienter (typisk multisygdom kombineret med et stort fysisk og/eller kognitivt funktionstab), der tilbydes MDT-konference.

2.2 Opsamling

Aktivtestsanalysen viser, at Geriatrisk Afdeling OUH, og Medicinske sygdomme, afsnit Medicinsk Modtagelse SHS, har arbejdet med MDT-konferencer og har gennemgået henholdsvis 17 % og 7 % af deres patienter, som blev sendt ud på listerne. Dog indikerer datoerne for MDT-konferencerne i registrene, at Medicinsk Modtagelse SHS kom senere i gang med implementeringen af pakkeforløbene end Geriatrisk Afdeling OUH. De resterende seks pilotafdelinger har ikke registreret brugen af MDT-konferencer. Den manglende registrering af MDT-konferencerne og den korte periode, som pilotafdelingerne har arbejdet med tiltaget, betyder tilsammen, at der ikke er grundlag for at generalisere analysens resultater eller anvende disse som afsæt for at justere screeningsværktøjet.

Der ses forskelle i antallet af akutte kontakter og sengedage mellem de patienter, der tilbydes en MDT-konference, sammenlignet med de patienter, der ikke tilbydes konference. De patienter, der har modtaget MDT-konference, har således været indlagt mere og længere i opfølgningsperioden sammenlignet med de patienter, der ikke er tilbudt MDT. Dette er forventeligt og i overensstemmelse med formålet for MDT-konferencerne, der netop er målrettet de særligt komplekse patienter med udvidet behov for koordinering og opfølgning på deres udredning og behandling.

Som tidligere beskrevet har det ikke været muligt at gennemføre den planlagte (difference-in-difference-analyse), der skulle sammenligne udviklingen i antal af akutte indlæggelser og sengedage mellem den gruppe af patienter, der fik afholdt MDT-konference, med den gruppe, som ikke fik afholdt MDT-konference. Analysen er dog stadig meget aktuell, da den kan indikere, om tiltagene har en virkning, som man senere kan afprøve i et randomiseret forsøg. Den planlagte analyse vil kunne gennemføres, hvis pakkeforløbet udrulles som planlagt i løbet af 2021-2022, samt hvis det sikres, at de relevante afdelinger registrerer afholdelsen af MDT-konferencer korrekt.

3 Patient- og pårøندهerfaringer med deltagelse i MDT-konferencer og den trygge udskrivelse

3.1 De interviewede patienter og pårøنده

Dette kapitel fokuserer på patienter og pårøندهs erfaringer med at deltage i MDT-konferencer i forbindelse med indlæggelse samt deres perspektiver på den trygge udskrivelse fra hospitalet. Analysen er udarbejdet med afsæt i alt syv kvalitative interviews; fem med patienter og to med pårøنده, der er udvalgt af personalet på pakkeforløbets pilotafdelinger. Fem patientforløb er valgt, fordi der har været afholdt MDT-samtale, og to med angivelse af, at der har været fokus på indsatsområdet 'den trygge udskrivelse'⁴.

3.2 MDT-konferencen

3.2.1 Formatet har betydning – erfaringer med virtuelle og fysiske samtaler

Fælles for de patienter, der har deltaget i MDT-konferencer, er en positiv oplevelse, samt at både virtuelle samtaler og samtaler med fysisk fremmøde vurderes positivt.

To af patienterne har deltaget i en virtuel MDT-konference, og for to andre patienter er konferencen foregået i et fælles fysisk rum: for den ene i en enestue på hospitalet under indlæggelse, og for den anden i patientens hjem efter udskrivelsen. En pårøنده har haft mulighed for at deltage virtuelt, hvor læge, sygeplejerske, udskrivelseskoordinator og patient sad sammen i et kontor på hospitalet, og en visitator fra kommunen var med på en telefonforbindelse.

Erfaringen med det virtuelle format er i det ene tilfælde, at det har givet mulighed for at have pårøنده med i baggrunden derhjemme, hvilket bliver beskrevet som bidragende til at skabe en tryk ramme. Det virtuelle format har i det andet tilfælde givet mulighed for at have pårøنده med til samtalen på trods af fysisk afstand. Dette fremstår meget positivt for den pårøنده interviewdeltager, som har kunnet være tæt på forløbet og beslutningerne, selvom hun bor flere hundrede kilometer fra hospitalet. Hun siger, at det har gjort hende vidende om, hvad der sker i hendes mors forløb, hvilket også gør hende i stand til at hjælpe med at skabe overblik, hvis hendes mor bliver i tvivl om, hvad der skal ske.

En ulempe ved det virtuelle mødeformat, der er blevet peget på i interviewene, er, at det kan være svært for en ældre, multisyg patient at følge med, når samtalen foregår med flere deltagere på virtuelle forbindelser (video/telefon) – især hvis der også er udfordringer i form af en dårlig forbindelse. En pårøنده fortæller:

Det var lidt svært, at visitatoren var med på telefon og vi andre på video. Mor kunne ikke høre så godt, så hun havde svært ved at følge med. (Pårøنده)

⁴ Interviewdeltagernes karakteristika kan ses i Bilag 1. Det var planlagt, at der skulle gennemføres 15 patient- og pårøندهinterviews, men selvom rekrutteringen til interview har pågået over tre måneder i foråret 2021, har det kun været muligt for personalet på pilotafdelingerne at rekruttere syv deltagere.

For den patient, der har deltaget i MDT i fælles fysiske rum på hospitalet, har det haft stor betydning, at rammerne har været trygge. Patienten fortæller, at placeringen i det fysiske rum havde stor betydning for hans oplevelse af samtalen:

Det var her på eneværelset, jeg sad på sengekanten, de sad i en halvmåne rundt om, vi var i øjenhøjde, det gjorde mig tryk [...]. Der var plads til, at jeg kunne sige, hvad jeg føler og mener. I stedet for at der står en 'politimand' for enden af sengen, så lukker jeg i, jeg er jo autoritetstro [...]. Det var afslappet, det er en god måde, man føler sig tryk – det var nærmest hyggeligt. (Patient)

Den pårørende, der har erfaring med at sidde i samme fysiske rum under samtalen (i dette tilfælde hendes eget hjem), peger på, at det, at det foregik derhjemme, gjorde, at hendes mand kunne være med og høre, hvad de talte om, selvom han ikke deltog aktivt:

De ringede og spurgte om de måtte komme og besøge os herhjemme og snakke om det hele – det synes, jeg var en god idé. Så kunne han også følge med, hvis han ville. [...] Jeg tror, han hørte, hvad vi talte om, men han lukkede af. (Pårørende)

Hun fortæller desuden, at hun selv havde behov for at få talt med sin mand om døden, og hvad der skulle ske, men at han ikke var glad for at tale om det. Man kan sige, at samtalen derhjemme bl.a. blev en anledning for hende til at få talt med sundhedspersonalet om de svære emner – og indirekte også med ham.

3.2.2 Formålet med konferencen og egen rolle i samtalen

På tværs af interviewene beskriver de interviewede MDT-deltagere, at det grundlæggende er en god idé, at man som patient/pårørende kan deltage i en sådan samtale. Fire ud af fem interviewdeltagere, der har deltaget i en MDT-konference, fortæller desuden, at de har følt sig velinformeret om formålet med mødet enten af en hjemmesygeplejerske eller af personalet på afdelingen, at de har følt sig lyttet til under samtalen, og at de har haft mulighed for at indgå på så aktiv en måde, som de havde lyst til. Der er dog variation i, hvordan de oplever deres egen rolle i samtalen og på den måde, de har deltaget på.

En pårørende fortæller, at hun primært indtog en lyttende rolle under samtalen, og at hendes mand ikke deltog aktivt:

Jeg lyttede mest, jeg spurgte ikke så meget, for jeg anede ikke rigtig, hvad jeg skulle spørge om. (Pårørende)

Samtidig understreger den pårørende senere i interviewet, at hun følte sig set, hørt og inddraget i samtalen:

Det var en god snak, vi havde herhjemme sammen med dem. Det er flot, de kan tage sig tid til det. Jeg synes, det var så godt, for så følte man sig set og hørt. For de har ellers så travlt, det er skrækkeligt. (Pårørende)

Her peger den pårørende på, at det, at de tager sig tid til at komme hjem til dem, og at samtalen ikke var præget af travlhed, bidrog til, at hun følte sig set og hørt.

En anden pårørende fortæller, at der var en sygeplejerske med ved MDT-konference, som fungerede som en slags 'spilfordeler', der sikrede, at alle blev hørt:

[Navn på sygeplejerske] var god til at styre, så jeg kunne spørge både læge og visitator om det, jeg gerne ville have svar på. Hun var også god til at få min mor til at tilkendegive, hvordan hun havde det under samtalen. Og hvis der ikke blev svaret præcist, så spurgte hun igen, for eksempel så det blev klart, hvad visitator sagde. (Pårørende)

Som illustreret i citatet var det vigtigt for den pårørende at få klare svar på sine spørgsmål såvel som præcisering af de trufne beslutninger, samtidig med at hendes mor fik mulighed for at give sin mening til kende om det, der blev talt om og besluttet. Der er ikke andre interviewede, der eksplicit har fortalt, at der var en, der på den måde tog en styrende rolle i samtalen. Men flere har fortalt, at der var styr på samtalen, og at det, de selv bragte på banen, blev taget op, snakket om og handlet på.

En af patienterne har dog en anden oplevelse af MDT-konferencen og dens formål. Hun fortæller, at samtalen mest blev en dialog mellem hende selv og den deltagende læge, hvor de resterende deltagere ikke spillede så meget ind. Hun beskriver, at hun oplevede det som en samtale, der havde til formål at få en bestemt beslutning presset igennem:

Mødet var lidt spild, det kunne lige så godt være [navn på læge] og mig alene. Jeg ville bare så gerne, at der havde været en lungespecialist med. Så ville jeg have haft større tillid til det, der blev sagt. [Navn på læge] styrede rummet og samtalen, jeg føler ikke, de andre havde forberedt sig. Det var, som om det gik ud på, at nu skal vi bare have [navn på patient] videre i systemet. (Patient)

Som illustreret i citatet mindskede fraværet af den primære speciallæge patientens oplevede udbytte af samtalen, fordi den deltagende læge ikke havde særlig ekspertise inden for KOL, som udgør baggrunden for hendes indlæggelser. Det var samtidig patientens oplevelse, at den deltagende læge havde en agenda om, at hun skulle visiteres til et rehabiliteringsophold, og at dette blev presset igennem, til trods for at hun ikke er enig i, at det er et relevant fokus, der kan hjælpe hendes forløb videre.

3.2.3 MDT-konferencens deltagere, indhold og det oplevede udbytte

De fem interviewede, der har deltaget i MDT-konference, deler en oplevelse af, at der var mange aktører til stede ved samtalen. De fortæller alle, at der var mindst en læge og en sygeplejerske med fra hospitalet (for en enkelt patient var der ikke en hospitalslæge til stede på grund af ferie). Desuden deltog en eller flere andre relevante fagpersoner: fysioterapeut, ergoterapeut, hjemmesygeplejerske, visitator fra kommunen, praktiserende læge. Det fremgår i den forbindelse, at særligt tilstedeværelsen af den primært ansvarlige speciallæge opleves vigtigt, samt at det i de to tilfælde, hvor vedkommende ikke har deltaget, har mindsket det oplevede udbytte som illustreret i nedenstående citat:

Det var en udmærket samtale, det var det da [...], men jeg havde håbet, at den havde givet lidt mere. Jeg var skuffet over, at neurologen ikke var der. Jeg fortalte det, jeg kunne, mens de andre mest lyttede, og så kørte de mest på med, at de synes, jeg skulle herover [rehabiliteringsophold]. (Patient)

Det er således vigtigt at holde sig for øje, at deltagelse af en speciallæge fra det primære speciale kan have stor betydning for patienternes oplevede udbytte af MDT-konferencen.

Det, at der er mange relevante fagpersoner samlet til MDT-konferencen, fremstår i øvrigt meget positivt for interviewdeltagerne, der sætter pris på, at relevante fagpersoner har taget sig tid til

at deltage i en fælles samtale om deres forløb. Flere peger også på, at de har følt sig set, hørt og taget alvorligt på en anden måde, end de tidligere har oplevet, som illustreret i nedenstående citat:

Jeg er aldrig blevet hørt på den måde før, jeg har bare fået at vide: 'du fejler det og det, og når du kommer hjem, så skal du snakke med din læge om, hvad du skal have af medicin, – og kan du komme godt hjem' [...]. Hele samtalen, det er simpelt-hen noget af det bedste, jeg har oplevet inden for sygehussystemet, at man også selv bliver hørt, det er noget af det allervigtigste. Det, at man bliver hørt, og man skal ikke være utryk ved at sige, hvad man mener. (Patient)

Når man kigger på tværs af interviewene, er det forskellige emner, der får central plads ved MDT-konferencerne, da det afhænger af den specifikke patients situation. Men det er gennemgående, at der både er plads til de vigtige praktiske aspekter – fx at få styr på hjemmeplejesituationen (hvilket fx er faciliteret gennem deltagelse af en visitator fra kommunen i samtalen), de direkte sygdomsrelaterede spørgsmål såsom detaljer omkring medicin eller at få samlet en patients forløb på ét hospital, og endelig er MDT-konferencerne rum for store spørgsmål som overvejelser og ønsker omkring døden.

En patient fortæller i den forbindelse, at han var meget glad for det rum, der blev skabt i forbindelse med MDT-konferencen i forhold til de svære beslutninger om den sidste tid, som illustreret i citatet nedenfor:

Det, der var fantastisk, det var, at vi fik talt om døden. At de turde spørge mig om, hvad der skulle ske og fik sagt, at jeg kunne dø af det her. Det har givet ro [at vi fik talt om det]. Det var en sygeplejerske, der sagde: 'Ja, han bliver jo ikke 80'. Det åbnede op for, at min kone sagde: 'Ja, jeg er så bange for at han dør fra mig'. [...] Det, at der også var plads til det, min kone synes var vigtigt. Hun har jo også mange tanker omkring det her. (Patient)

Patienten fortæller videre, at MDT-konferencen gav anledning til, at de svære samtaler blev fulgt op derhjemme:

Lige efter jeg kom hjem fra sygehuset, tog vi [patienten og hans kone] også snakken derhjemme i sofaen med en kop kaffe, og jeg er kommet meget mere i ro med, at jeg skal dø. [...] MAN taler ikke om døden, men det gør VI nu! (Patient)

Han peger således på, at MDT-konferencen kan facilitere nogle samtaler, der ikke nødvendigvis stopper med MDT-konferencen. De kan sætte gang i processer, der får afgørende betydning for patientens hverdagsliv efter selve samtalen og uden for hospitalskonteksten.

Et andet centralt element i møderne handler om at få lagt en plan for patientens videre forløb. En af de pårørende beskriver med det afsæt, at det var en stor lettelse, at der blev lavet konkrete aftaler om den videre plan for hendes mor. Særligt peger hun på, at den fælles tilstedeværelse på tværs af hospital og kommune ved MDT-konferencen gjorde det muligt at få mere hjælp fra hjemmeplejen, hvilket hun ikke havde haft held med, når hun selv havde henvendt sig til dem. En anden pårørende fortæller, at de via MDT-konferencen fik samlet hendes mands konkurrerende behandlingsforløb på ét hospital. Det gjorde, at de kunne samle flere aftaler på samme dag, og at han kun skulle have taget blodprøver én gang. Den pårørende beskriver, at det gav dem mere ro og tryghed.

Flere patienter peger på, at har oplevet hurtig handling og opfølgning på det, der blev talt om – både under indlæggelsen og efterfølgende:

Der bliver gjort noget, det er ikke bare snak. De tog både imod ris og ros og fandt en løsning på det problem, jeg kom med [at skulle vente for længe, når han ringede efter hjælp, så han måtte tisse i sengen]. (Patient)

De spurgte også om, hvordan de kunne lette hverdagen for mig, hvis jeg skulle vælge – det er der ellers ikke nogen, der har spurgt mig om. Jeg sagde, at jeg gerne ville have mere hjemmehjælp og komme oftere i bad, og da jeg kom hjem, havde de fået besked om det i hjemmeplejen, det var fantastisk. (Patient)

En enkelt patient har dog den modsatte oplevelse af, at der ikke er blevet fulgt ordentligt op på den aftale, der blev lavet under MDT-konferencen:

Men jeg ved ikke, hvad der så skal ske [efter det, der er blevet aftalt på MDT-samtalen, er blevet gennemført]. Jeg mangler en afslutning og en opfølgning på det. Nu føler jeg mig dum og ikke hørt. Hvor er afslutningen på det, de har kastet op i luften? Jeg kan godt se ideen med sådan et møde [MDT-mødet], og at det kan være rigtig godt; de skal bare huske at følge op. Det behøver jo ikke være et nyt stort møde, bare der er nogen, der følger op. (Patient)

Patienten her peger således på, at de beslutninger og aftaler, der er lavet under MDT-konferencen, også skal følges op på. Ellers kan det have den effekt, at patienten ikke længere oplever sig taget alvorligt og hørt, hvilket er stik imod hensigten med indsatsen.

3.3 Den trygge udskrivelse

3.3.1 "Det er en hånd, der bliver holdt under" – praktiske og følelsesmæssige aspekter i den trygge udskrivelse

Et andet indsatsområde, der er repræsenteret i interviewene, er den trygge udskrivelse. To af de interviewede patienter har været i forløb, hvor der har været særligt fokus på den trygge udskrivelse. For dem begge har deres boligsituation været et element af det, der blev taget op i forbindelse med deres udskrivelse, men det fremgår samtidig, at de to patienter har meget forskellige oplevelser af, hvorvidt det lykkedes at skabe en tryk og velkoordineret udskrivelse.

Den ene patient beskriver således et udskrivelsesforløb, der ikke levede op hans forventninger som illustreret i nedenstående citater:

Sygehuset ville bare af med mig. Der var fem forskellige læger, der kom og sagde, at jeg skulle udskrives på fem forskellige dage. Det gjorde mig utryk, for jeg kunne ikke finde ud af, hvem der havde styr på det. Til sidst blev der taget hånd om det af den sidste læge, jeg havde med at gøre. Så fik jeg klar besked. (Patient)

Jeg fik at vide, at jeg skulle ud til [navn på midlertidigt botilbud], og jeg fik at vide af sygeplejersken, at det skulle være et godt sted, men jeg er blevet meget skuffet. [...] De kunne godt have beholdt mig til mere genoptræning i stedet for at udskrive mig. I bakspejlet kan jeg se, at der ikke er tjek på genoptræningen her, der har ikke været nogen sammenhæng i det, der var bedre tjek på træningen på sygehuset. (Patient)

Som det fremgår af ovenstående citater, har denne patient oplevet forvirring, utryghed og uklare beskeder omkring sin udskrivelse, samtidig med at har ikke fik indfriet sine forventninger til udbyttet af sit genoptræningsforløb.

Den anden interviewede patient har en helt anden og positiv oplevelse af udskrivelsen og måden, denne blev tilrettelagt på, som uddybet i nedenstående citat:

Vi snakkede om muligheden for at få en ny bolig, hvor de sagde, de kunne hjælpe. [...] Ved samtalen havde udskrivelseskoordinatoren papirer omkring bolig med, som vi fik udfyldt og sendt afsted til kommunen. [...] De spurgte også til min kæreste, og hvor meget hun var ind over, og vi snakkede om, at det var hende, der tog det store slæb. De sagde: 'Det skal I have hjælp til, det skal vi have løst'. Så vi snakkede om, hvordan jeg havde det med at skulle have hjemmepleje og om hjælpemidler. De brugte den tid, der skulle bruges, der var ingen hast [...]. Det var en meget betryggende samtale. (Patient)

Som illustreret i citatet ovenfor forbinder patienten sin udskrivelsessamtale med, at der blev igangsat en række processer, som udgjorde et godt og trygt fundament for den forestående udskrivelse. Patienten fortæller videre, at det er meget mere trygt at komme hjem, når disse processer er sat i gang:

Det var rart at få sat ord på og få en handlingsplan, der var til at forstå, og som blev overholdt og efterlevet. Ikke bare noget med 'det skal vi nok få gjort', og så sker der ikke mere. Her var der handling bag det, de snakkede om. Det var rart, for det er mere betryggende at komme at komme hjem på den måde – når man ved, det er sat i gang og ventede på mig, når jeg kom hjem. I stedet for som jeg har prøvet før, hvor man bare er blevet overladt til sig selv, hvor man ikke vidste, hvad man havde krav på eller kunne forvente. Da kom man hjem, og så sad man der og tænkte: 'hvad så'? Her var der handling bag, og det var allerede startet op, inden jeg kom hjem. (Patient)

Som det fremgår af citatet, oplevede patienten en overensstemmelse mellem det, der er aftalt, og det der faktisk sker. Han beskriver, at der nærmest er skabt en platform, som han kan træde ud på, og at der er skabt en overgang til et hverdagsliv, hvor der er taget højde for, at han har brug for hjælp. Han beskriver også, at denne erfaring står i kontrast til tidligere erfaringer med at blive udskrevet fra hospitalet, hvor han i højere grad har følt sig overladt til sig selv.

Der er således stor forskel på de to patienters oplevelser af at blive udskrevet fra hospitalet. Hvor den ene beskriver at have indflydelse på samtaleindhold, at blive taget alvorligt og få hjælp til at løse konkrete problemer på egne præmisser, så beskriver den anden patient et forløb præget af utryghed, forvirring og ikke at have indflydelse på beslutningerne. Da kun to af de interviewede har været i et forløb med særligt fokus på den trygge udskrivelse, er det svært at sige noget om, hvor typiske disse oplevelser er. Men det er tydeligt, at nogle af de elementer, som patienten, der har oplevet en god og tryk udskrivelse, peger på som positive og vigtige, er de samme elementer, som efterspørges af den patient, som oplevede en utryk udskrivelse.

Opsummerende kan man sige, at de følelsesmæssige og praktiske aspekter af den trygge udskrivelse understøtter hinanden. At føle sig inddraget og hørt omkring beslutninger, der vedrører udskrivelsen, bidrager til tryghed. Det samme gør det, at der er skabt vished om, hvad der skal

ske, og at det er tydeligt, hvem der skal gøre hvad. Det praktiske aspekt omkring transport, hjemmepleje, medicin og boligsituation er med til at skabe en infrastruktur og en platform under patienten og de pårørende, som også bidrager til den tryghed, som de fleste peger på som helt afgørende for at få en god udskrivelse fra hospitalet.

3.4 Opsamling

På tværs af interviewene beskriver de interviewede MDT-deltagere, at det grundlæggende er en god idé, at man som patient/pårørende har mulighed for at deltage i en sådan samtale. Overvejende oplever patienterne og de pårørende sig inddraget, og at de har haft mulighed for at indtage en så aktiv rolle i samtalen, som de har ønsket. Enkelte har dog oplevet MDT-konferencen som et rum med en særlig agenda fra de fagprofessionelles side. Manglende deltagelse af en primært ansvarlig speciallæge har for enkelte også mindsket deres tillid til de beslutninger, der blev truffet. Overvejende peger patienterne og de pårørende dog på MDT-konferencen som en tryk ramme, hvor deres ønsker og problemer – fx omkring hjemmehjælp, medicin og svære samtaler om døden – blev imødekommet og handlet på. Erfaringerne viser desuden, at MDT-konferencen i et fælles fysisk rum og møder med deltagere på virtuelle forbindelser har forskellige fordele, der kan udnyttes, så de bedst muligt understøtter den specifikke patient og samtale.

For indsatsområdet 'den trygge udskrivelse' er det gennemgående i interviewene, at de følelsesmæssige og praktiske aspekter af den trygge udskrivelse understøtter hinanden. At føle sig inddraget i beslutninger, at der er skabt vished om, hvad der skal ske, og at det er tydeligt, hvem der skal gøre hvad, bidrager ifølge patienter og pårørende til en tryk udskrivelse. Det er desuden essentielt for de interviewede patienter og pårørende, at der er styr på de mere praktiske forhold såsom hjemmepleje og hjælpemidler, fordi det er afgørende for oplevelsen af en tryk udskrivelse fra hospitalet. De afdækkede perspektiver og erfaringer viser derved en høj grad af overensstemmelse med de målsætninger og tiltag, der arbejdes med i pakkeforløbet.

4 Pilotafprøvning på akutmodtagelserne

Dette kapitel er udarbejdet med afsæt i de fem gruppeinterviews, som er gennemført for at få indblik i erfaringerne fra de fire fælles akutmodtagelsers arbejde med 'dialogbaseret indlæggelse', de frivilligt valgte elementer 'indsats i front' i form af daglig listegennemgang afholdelse samt 'den trygge udskrivelse'. Fokus er bl.a. at belyse oplevet relevans og anvendelighed af de forskellige indsats og de fremadrettede perspektiver på, hvordan pakkeforløbet kan anvendes til at understøtte den igangværende udvikling af akutmodtagelsernes samarbejde med praksislæger og kommuner.

4.1 Organisering og oplevet relevans

4.1.1 Opstart og organisering

Akutmodtagelserne i Odense, Kolding og Esbjerg har arbejdet med alle elementer i pakkeforløbet, og afprøvningsene er forankret i samarbejde mellem repræsentanter fra afdelingsledelserne og nøglepersoner på afdelingerne i form af flowmasters, speciallæger, tværsektorielle koordinatore, visitationssygeplejersker og udskrivelseskoordinatorer. Det fremgår, at ansvaret for planlægning, information mv. om afprøvningen er samlet på en mindre gruppe af nøglepersoner bestående af ledelsesrepræsentanter, specialansvarlig overlæge og tværsektorielle koordinatore/udskrivelseskoordinatorer. Heroverfor involverer aktiviteterne omkring pakkeforløbets indsats i akutmodtagelsen en bredere gruppe på op imod 30-40 fagpersoner på tværs af de ovennævnte funktioner.

Oplevelsen på tværs af interviewdeltagere fra de tre akutmodtagelser er, at dette set-up har været velfungerende, hvilket bl.a. hænger sammen med en høj grad af oplevet relevans og et overlap mellem pakkeforløbets indsats og de eksisterende fokusområder for akutmodtagelserne som uddybet nedenfor.

Akutmodtagelsen i Aabenraa har arbejdet med dialogbaseret indlæggelse og listegennemgang, og det fremgår, at afdelingen endnu ikke har tværsektorielle koordinatore og udskrivelseskoordinatorer ansat. Pilotafprøvningen i Aabenraa har derfor involveret færre personer end de øvrige afprøvnings, fordi der ikke i samme grad har været en eksisterende kreds af nøglepersoner, som arbejdet kunne forankres hos. Perspektiverne på pakkeforløbets relevans samt de fremadrettede ønsker til udvikling matcher til gengæld perspektiverne fra de øvrige akutmodtagelser.

4.1.2 Oplevet relevans og anvendelighed

Pakkeforløbets formål og indhold opleves relevant og i overensstemmelse med målsætningerne for akutmodtagelsen på alle de fire pilotafdelinger, som illustreret i nedenstående citater:

Man kan godt opleve, at alle bare passer deres arbejde hver for sig, og at det går fint, men det er vigtigt at løfte blikket og se på borgerens forløb som helhed, og det understøtter pakkeforløbet. (Læge)

Vi har fået et fint set-up omkring elementerne i pakkeforløbet, og meget var ting, vi gjorde i forvejen. Meget af inspirationen til pakkeforløbet er hentet hos os. Men vi har så brugt det som anledning til at finpudse og sætte endnu mere fokus på patienternes forløb. (Læge)

Man kan sige, at de ting, der er beskrevet i pakkeforløbet, repræsenterer fokusområder, vi havde i forvejen. Det er jo det, der ligger i grund-DNA'et i organiseringen af en FAM. Det er inden for de seneste 2,5 år, vi er kommet godt i gang med ikke kun at finde alternativerne – men også finde de gode samarbejdsrelationer i forhold til kommunerne, der kan bære det. (Leder)

Som illustreret i citaterne er der en udbredt oplevelse af, at pakkeforløbet afspejler de målsætninger og initiativer, der i forvejen arbejdes med på akutafdelingerne, hvilket samtidig understøtter en positiv vurdering af forløbets relevans. Det fremgår videre, at timingen er god, fordi afdelingerne efter de seneste års udviklingsarbejde fremstår velkonsoliderede i forhold til deres samarbejdsrelationer internt på sygehusene.

De initiativer fra pakkeforløbet, som allerede i udgangspunktet er på plads på akutmodtagelserne, indbefatter mulighederne for, at praktiserende læger kan booke sub-akutte tider, samt adgang til speciallægerådgivning uden for dagtid. Tre af de fire akutmodtagelser har også ansat koordinatore med særligt ansvar for tværsektorielt samarbejde og udskrivelse, som understøtter afdelingernes viden om kommunernes tilbud og arbejdet med at tilrettelægge patienternes udskrivelser. En række af grundelementerne i pakkeforløbet er således på plads, og afdelingerne ser et stort potentiale i at videreudvikle deres samarbejde med kommuner og stamafdelinger om patienternes forløb.

4.2 Dialogbaseret indlæggelse

Den dialogbaserede indlæggelse beskrives som et område, der er i en positiv udvikling. Tilstedeværelsen af nøglefunktioner – og brobyggere, der kan prioritere forløbsarbejdet med de patienter, der henvises, såvel som det relationelle samarbejde med primærsektor og stamafdelinger, beskrives som afgørende for den aktuelle positive udvikling, såvel som arbejdet med dialogbaseret indlæggelse. Dette er illustreret i nedenstående citater:

Man skal have nogle nøglepersoner på plads – nogle funktioner og klare rammer for opgaven. Man skal også have forbindelser på plads ud til kommunerne – 'boundary spanners' – der kan være opsøgende og introducere sig selv. Relationerne, der opstår, er en kæmpe gevinst – også så man kan tale om hinandens fejl på en god måde for at forebygge gentagelse. (Leder)

Vi har haft en tværsektoriel koordinator siden 2017, så den del har været nem, men vi har gentænkt det lidt, fordi at vi også har fået udskrivelseskoordinatore. Så vi har haft en etableret organisering, der skulle finpudses. Næste skridt handler om socialsygeplejersker og samspillet med psykiatrien. Opgaven for tværsektoriel koordinator handler om at orientere sig både i kommunerne og internt på sygehuset i forhold til, hvilke udgående funktioner vi kan sætte ind med. Samlet set har vi efterhånden mange byggesten i broen mellem sygehus og kommuner. (Leder)

Interviewpersonerne ser samtidig en positiv udvikling i kommunerne, som understøtter målsætningerne for FAM og samarbejdet om at forebygge indlæggelser. Det gælder først og fremmest de kommunale akutteams, midlertidige pladser og visitatorer, der bevæger sig ind på sygehuset. Disse kommunale funktioner beskrives alle som vigtige brikker i forhold til den dialogbaserede indlæggelse såvel som planlægningen af den trygge udskrivelse, jf. nedenstående citater:

Jeg er placeret i koordineringen – der hvor patienterne kommer ind – jeg visiterer patienterne, når egen læge ringer ind; vi arbejder med at tænke i alternativer til indlæggelse og at bringe det i spil over for praksislæger. Det er helt systematisk, at vi tænker – og søger at sortere i henvendelserne. Derfor har vi også meget fokus på at danne relationer til akutteamene, og vi ringer til dem hver morgen og venter, om der er patienter meldt ind, som de kan tage – tage ud, og vurderer borgeren. Så kører de ud og vurderer borgeren – hvis de vurderer det er en akutindlæggelse, ringer hun herind, og så kommer de ind – uden at belaste lægen yderligere. Men når akutteamet vurderer, der er noget at hente, går vi i dialog med lægen om alternativer. (Tværsektoriel koordinator)

Flowmaster er meget opmærksom på, hvilke patienter der kommer, og om der er andre tilbud til de patienter, der bliver ringet ind. Det er en del af funktionen, og der er koordinatorene til stede hele døgnet. Det gælder også de patienter, der lander i triagen – skal socialsygeplejersken på – kan akutteamet varetage behandlingen i eget hjem etc. Nogle gange er patienterne nødt til at komme ind på FAM, før vi kan vurdere mulighederne, men ofte kan vi finde alternativer allerede i den indledende dialog. (Flowmaster)

Interviewdeltagerne fra akutmodtagelserne nævner en del eksempler på, at kommunernes tilbud på akutområdet og de tilknyttede faglige kompetencer varierer, hvilket giver udfordringer for samarbejdet. Der er således et generelt ønske om, at niveau og samarbejdsflader fremadrettet bliver mere ens, men også en opmærksomhed på, at kommunernes vilkår er meget forskellige, hvilket understreger behovet for dedikerede koordinatore i snitfladen mellem akutmodtagelse og kommuner.

Det fremhæves også som vigtigt, at der er etableret lette og fungerende kommunikationsveje med kommunernes visitatorer og sygeplejersker, der ikke er begrænset af faste telefontider, for at understøtte behovet for hurtig koordination af patienternes forløb. Det giver et behov for delvist forskellige tilgange til samarbejdet mellem typisk de store kommuner med fuldt udbyggede akutteams mv., hvor der nævnes mange eksempler på tværgående samarbejder, der er med til at udviske sektorgrænserne (fx Odense, Kolding og Esbjerg), og de mindre omegnskommuner. Dette understreger vigtigheden af den tværsektorielle koordinator og løbende opdatering af afdelingernes viden om kommunernes tilbud såvel som løbende udvikling af de konkrete samarbejdsrelationer.

Endelig nævner flere de kommunale plejehjem som et område, hvor det fremadrettet er vigtigt at styrke det faglige set-up omkring beboerne i ydertimerne, hvor det sker, at der er personale og vikarer, som ikke er opdateret på beboernes situation, samt de muligheder, der er udviklet i samarbejdet med sygehusene. Et særskilt fremadrettet fokus for interviewpersonerne handler i den forbindelse for det første om at blive bedre til at afklare og dokumentere patienternes ønsker til behandlingsniveauet i forhold til livets afslutning for at undgå unødige akutte indlæggelser. For det andet at styrke det faglige set-up omkring især plejehjemmene og de kommunale akutteams fremhæves som en vigtig part i den forbindelse.

4.3 Indsats i front

4.3.1 Listegennemgang og udfordringer relateret til timing og GDPR

Den daglige listegennemgang var i udgangspunktet ikke tiltænkt FAM, da patientforløbene her er så korte, at flertallet vil være udskrevet fra afdelingen, inden den daglige liste når at blive genereret. Der er dog tre afdelinger (OUH, Sønderborg og Kolding), der alligevel har valgt at teste listegennemgangen, fordi tiltaget passer godt ind i afdelingernes fokus på at forebygge genindlæggelser.

De praktiske erfaringer med listegennemgang er blandede, fordi der er udfordringer med timingen såvel som funktionalitet og GDPR, jf. nedenstående citater:

Det kører ikke – de lister, vi får, er forældede – patienterne er ude af FAM, når vi får dem. Så det fungerer ikke. Men hvis vi kunne få dem rettidigt, kunne det være fint. Ved ikke, om der har været dialog om rettidigheden med lister. Men vi er til gengæld opmærksomme på, når der kommer patienter ind, som har været her mange gange. Skal vi have akutteamet sat på – eller hvad er der af andre ting, som er på spil. (Leder)

Det har været en stor opgave at kvalificere listerne, for når man får dem i FAM, er de ikke sorteret på samme måde, som når specialafdelingerne får dem. Vi har derfor fået dem på syv forskellige e-mails, vi har skullet sidde og samle. Vi vil gerne, at det er en computer, der står for det, så vi får en liste med et sæt cpr-numre, vi kan slå op i. Vi har brugt lang tid på at arbejde med listerne, men ikke ryddet op i fejkilderne. Det er vigtigt at blive bedre til fremadrettet. Noget med måden ESKS-koderne er lagt ind på, som gør, at forkerte patienter kommer med på listen. Og så skulle vi løse GDPR. Det har vi gjort ved at have et dataark ligger i et sharepoint, så alle data ligger et sikkert sted. Men det kræver så også en medarbejder, der hver dag sidder og kobler data; indhenter udvidet informeret samtykke fra alle patienter. Det har vi en frase for, og vi har arbejdet et halvt år med det, men oplever stadig, at det ikke går hurtigt nok. (Leder)

Som eksempler på de fejkilder, der undervejs har optrådt på listerne (og som i dag er rettet), nævnes patienter, der er med på listen, selvom deres akutte kontakter har været på forskellige sygehusematrikler, eller patienter, som kommer med, fordi en indlæggelse, hvor de overføres mellem afsnit eller matrikler, tæller for to kontakter. Enkelte ser også et behov for at ændre pakkeforløbets kriterier fra tre til fem akutte hospitalskontakter inden for de seneste 6 måneder for at mindske antallet af patienter, der optræder på de daglige lister.

Interviewdeltagerne vurderer med afsæt i ovenstående udfordringer, at arbejdet med listegennemgang indtil videre ikke har givet resultater i en grad, som matcher de ressourcer, der lægges i indsatsen. Hvis listegennemgangen skal fortsætte på FAM fremadrettet, vil det ifølge interviewpersonerne kræve:

- at listerne generes så tidligt som muligt, så de ligger klar, når morgenvagten møder ind, og enkelte nævner behovet for at dette også sker i weekenderne
- at kvaliteten af listerne forbedres, så der ikke er så mange patienter på, der ikke lever op til pakkeforløbets kriterier
- at funktionaliteten forbedres, så der kommer en samlet liste, hvor cpr-numrene er sorteret efter det primære speciale, patienterne hører under.

Selvom der har været udfordringer med listegennemgangen, er der flere interviewpersoner, som gerne ser listerne videreført, hvis de kan forbedres som anført ovenfor. For det første fordi der ses store fremadrettede perspektiver i at arbejde 'datainformeret' med opsporing og forebyggelse af indlæggelser; for det andet fordi der i pilotfasen har været eksempler på, at listerne har fungeret som øjenåbner for patientforløb med alt for mange akutte kontakter – eller parallelle forløb på flere afdelinger og sygehuse som illustreret nedenfor:

Vi kigger på tværs, og der er listerne jo fantastiske – et eksempel med en der havde 94 kontakter i psykiatrien. I det daglige ringer vi til vagthavende i psykiatrien. Og vi har møder hver tredje måned med psykiatrilæden – og drøfter, om der er patienter, der skal gøres noget særligt for. Det er ikke nyt – noget vi nok altid har gjort – men listerne gør det nemmere at spotte dem. Det gør det meget tydeligt, når de har mange kontakter i psykiatrien. Vi har jo fx borderline, der rigtigt gerne vil herind og have omsorg – men det er ikke nødvendigvis det rigtige – og der kan vi lave aftaler med psykiatrien. (Leder)

Den måde, vi har startet på, har fanget en del gentagne indlæggelser, vi har gjort noget ved. En borger kom her tre gange om ugen, og der tog vi ud til borgeren og lavede et set-up i hjemmet – og så gik der et halvt år, inden de var her igen. Han fik sit liv tilbage. En anden borger havde forløb på fire hospitaler, så de kunne ikke lave andet! Der lavede vi en handleplan, hvor de kunne få klaret det hele hos os. Så blev det pakket, at han blev set af alle specialer på samme dag. Også et sæt blodprøver. Der fik vi også en: 'Tak for at jeg har fået mit liv tilbage'. (Læge)

4.4 Den trygge udskrivelse

Det er de færreste patienter på de daglige lister, hvor det kan lade sig gøre at afholde MDT-konference som forudsat i pakkeforløbet inden for den korte tid, patienterne er indlagt i akutmodtagelsen. Den typiske opfølgning består derfor af, at udskrivelseskoordinatoren tilknyttes patienten og gennemfører mål og plansamtale samt udvidet koordinering med hjemkommunen i forhold til udskrivelsen eller overleveringen til den stamafdeling, der overtager patienten.

Det fremgår, at den trygge udskrivelse er et generelt indsatsområde målrettet alle patienter med komplekse behov. Tilgangen til opfølgning er derfor ikke anderledes for de patienter, der tilknyttes udskrivelseskoordinator på baggrund af listegennemgang, sammenlignet med akutmodtagelsernes øvrige patienter. Funktionen som udskrivelseskoordinator fremstår i den forbindelse som essentiel, og i takt med at koordinatorene har fundet deres plads på afdelingerne, fremgår det, at erfaringerne er gode som illustreret nedenfor:

Vi startede i oktober sidste år og har haft meget fokus på opsøgende arbejde. Tilbyde os som en hjælp i forhold til at sikre udskrivelsen og komme hele vejen rundt, fordi vi har tiden til det. Og så give input til de lidt mere kreative løsninger. Men det var i starten, der var lidt udfordringer, fordi det godt kan være svært at afgive opgaver til en kollega, der ikke er en del af plejen. Sådan er det slet ikke mere. Nu er vi en selvfølge for vores patienter. (Udskrivelseskoordinator)

Der gives også eksempler på, at det med afsæt i listegennemgangen er lykkedes at afholde virtuelle MDT-konferencer med hjemkommunen og et enkelt med psykiatrien som uddybet nedenfor:

I forhold til psykiatrien har vi en herre, der kommer her rigtig meget. Der afholdt vi en MDT med psykiatrien og misbrugsafdelingen fra hans hjemkommune, hvor vi sammen prøvede at komme omkring, hvad vi her især kan gøre. Det var et rigtig komplekst forløb, hvor det var godt at mødes og snakke om, hvad det vi hver især ser – og få patientens perspektiver også. Vi har aftalt et nyt møde i denne her uge, hvor vi følger op på, hvordan det er gået, og læring om, hvordan vi får det bedste ud af det. (Udskrivelseskoordinator)

Fremadrettet nævner flere det også som et fokusområde, at digitale udskrivelsesmøder med kommunerne – og ideelt set også praksislæger – bliver en velkonsolideret rutine som illustreret i nedenstående citater:

Vi har haft fire virtuelle MDT i år. Så det er nyt, men helt klart noget, vi gerne vil have mere af fremadrettet. De spæde erfaringer er positive, og vi er snart klar til at drifte det! (Leder)

Vi havde en patient, der var behov for at gøre noget ekstra for. Vi fik indhentet samtykke og afholdt en virtuel konference med gerontopsykiater, egen læge, pårørende og kommune. Det tog en times tid og var virkelig givtigt for forløbet. Der blev blandt andet lagt en plan for neurologisk udredning, og det gav god kvalitet i forløbet. (Tværsektoriel koordinator)

Skærm-møder er langt hurtigere og nemmere at planlægge end fysiske møder, og covid-19 har givet et stort skub i forhold til accepten af digitale løsninger. Dette format ses desuden som en fremadrettet mulighed for at opnå forbindelse til praksislægerne, hvor hospitalet ofte oplever frustrerede læger, der mangler backup og gode løsninger fra hospitalets side.

4.5 Tværgående MDT-konferencer med fokus på erfarings- og kompetenceudvikling

Tre af akutmodtagelserne har arbejdet med tværgående MDT-konferencer, hvor udvalgte patientcases er drøftet med henblik på faglige input og læring. Disse konferencer holdes 1-2 gange om måneden og involverer en større kreds af fagpersoner på tværs af afdelinger og i nogle tilfælde repræsentanter fra kommuner og psykiatri, når det er relevant.

Også i denne sammenhæng har der været udfordringer relateret til GDPR, fordi der skal indhentes udvidet samtykke fra patienten til at drøfte forløbet på konferencen. Dette har nogen steder sat konferencerne i stå, men aktuelt er der etableret arbejdsgange i forbindelse med listegenemgangen, der inkluderer indhentning af samtykke. I en del tilfælde, hvor det ikke er lykkedes, er der også taget direkte kontakt til patienten, og erfaringen er, at langt de fleste siger ja til at få drøftet deres forløb.

På møderne er der typisk tre-fire patienter med komplekst sygdomsbillede, som alle har fået tilsendt forud for mødet og sat sig ind i. Fokus for drøftelserne er, om der er noget klinisk, som er overset – og oplevelsen er, at det er der oftest, og de deltagende læger oplever et stort fagligt udbytte af konferencerne.

Enkelte konferencer har også inkluderet repræsentanter fra psykiatrien og kommuner, når der har været tale om komplekse patienter med fx psykiatriske diagnoser og misbrug. Disse kon-

ferencer er tungere at organisere, og der findes ikke lette løsninger på patienternes problemstillinger. Det fremgår til gengæld også, at det oplevede udbytte er stort i relation til forståelsen for det tværgående samarbejde samt de forskellige muligheder og vilkår, der er for at hjælpe disse patienter.

4.6 Opsamling

Interviewdeltagerne har en gennemgående oplevelse af, at akutmodtagelserne i dag er velkonsoliderede i deres organisering og interne samarbejdsrelationer på sygehusene, hvorfor der de seneste år har været mulighed og fokus på at udvikle det tværgående samarbejde med kommunerne. Tværsektorielle koordinatore, udskrivningskoordinatore, adgang til sub-akutte tider, speciallægerådgivning uden for almindelig dagtid beskrives også som kerneelementer fra pakkeforløbet, som i det store hele er på plads på akutmodtagelserne.

Afprøvningen af pakkeforløbet falder således ind i en hverdag, hvor afdelingerne arbejder på at åbne op for deres relationer til kommunerne og fokuseret arbejder med at forebygge indlæggelser. Formålet med pakkeforløbet såvel som de tre indsatsområder og konkrete tiltag opleves i den forbindelse som relevante og langt hen ad vejen genkendelige tiltag, der understøtter den igangværende udvikling på akutafdelingerne. Det fremgår videre, at den aktuelle udvikling i kommunerne med oprettelse af akutteams, midlertidige pladser og fremskudt visitation positivt spiller sammen med elementerne i pakkeforløbet.

Indsatsområderne 'dialogbaseret indlæggelse' og til dels 'den trygge udskrivelse' fremstår relevante, samtidig med at der er en forventning om fortsat konsolidering af de beskrevne arbejdsgange og funktioner. Heroverfor udgør 'indsats i front' og afholdelsen af MDT-konferencer i højere grad som et område, der udfordres i mødet med akutmodtagelsernes dagligdag. Det vil derfor kræve fortsat justering at få disse elementer til at fungere på akutmodtagelserne, hvis de på samme måde som de øvrige elementer skal fremstå relevante og anvendelige i den daglige praksis.

5 Pilotafrøvning på de stationære sengeafsnit

Dette kapitel er udarbejdet med afsæt i fem gruppeinterviews, der afdækker erfaringerne fra de fire medicinske sengeafsnits arbejde med 'indsats i front' i form af daglig listegennemgang samt afholdelse af MDT-konferencer – og i forlængelse heraf 'den trygge udskrivelse' med fokus på at optimere behandlings- og udskrivelsesforløbet for relevante patienter. Fokus er bl.a. at belyse de forskelle i oplevet relevans og anvendelighed, der er imellem de to geriatriske afsnit sammenholdt med henholdsvis det kardiologiske og medicinske afsnit.

5.1 Opstart og organisering

Ansvar for pilotafrøvningen har på afsnittene været delt imellem repræsentanter fra afsnitsledelsen, 'listeansvarlige' overlæger og udvalgte (udskrivelses)sygeplejersker i forhold til opfølgning og planlægning af patientens udskrivelse.

Interviewdeltagerne vurderer generelt, at forankringen blandt en mindre gruppe har fungeret godt, samt det er vigtigere, at de rette nøglepersoner er involveret, end at 'listegennemgang' er bredt forankret i afdelingerne. En succesfuld implementering kædes således i høj grad sammen med, at det lykkes at forankre den daglige listegennemgang som en fast rutine for de erfarne speciallæger, samt at der er dedikeret personale – fx i form af udskrivelseskoordinatoer – der kan tage ansvar for opfølgningen i forhold til relevante patienter.

Det gælder for alle afsnit, at opstarten har været udfordret af covid-19 både i forhold til tidspunktet for opstart og i forhold til, hvor mange kræfter det har været muligt at dedikere til arbejdet. Det fremgår også, at afprøvningerne er kommet hurtigere fra start og nået længere på de to geriatriske afsnit sammenlignet med de to medicinske afsnit.

Som årsager til dette fremstår for det første, at de ansvarlige tovholdere for pakkeforløbet på de geriatriske afsnit har deltaget i arbejdsgrupper, der forberedte pakkeforløbet. For det andet fremgår det, at indlæggelsesforløbene i geriatrien typisk er længere og mere komplekse, hvorfor der er flere patienter med behov for opfølgning samt bedre tid til at effektuere denne i forbindelse med indlæggelsen.

Heroverfor fremgår det, at arbejdet med listegennemgang har været vanskeligere at starte op på de medicinske afsnit, dels i forhold til at skabe kendskab og opbakning i lægegruppen, dels i forhold til at få de praktiske arbejdsgange vedrørende listegennemgang og MDT til at matche afdelingernes typer af patienter og hurtige patientflow.

5.1.1 Oplevet relevans og anvendelighed

Alle interviewdeltagere bakker op om pakkeforløbets målsætninger såvel som fokus på systematisk opsporing, opfølgning på indsatsen og god overlevering til kommunen for patienter med et uhensigtsmæssigt indlæggelsesmønster. Dette er illustreret nedenfor:

Listegennemgang og MDT fremstår som relevante initiativer i forhold til at skærpe fokus på god overlevering til kommunen og aftaler om det videre forløb med henblik på at undgå unødvendige indlæggelser. Det har også været en god lejlighed til at hanke op i arbejdet med mål- og plansamtaler – der godt kan skride lidt, når hverdagen er travl. (Leder, geriatrisk afsnit)

Det fremgår til gengæld også, at konceptet for listegennemgang ikke fremstod relevant for personalet på de medicinske afsnit, hvor især lægegrupperne stillede spørgsmålstegn ved fremgangsmåden og formålet samt efterlyste bedre information om indsatsen. Dette er illustreret i nedenstående citat og fremhæves samtidig som et fremadrettet opmærksomhedspunkt af flere interviewdeltagere i forhold til pakkeforløbets videre udrulning:

Det var en udfordring, at formålet og redskaberne ikke stod klart i udgangspunktet. Derved manglede en vigtig del af afsættet for at få et projekt, der involverer lægerne, til at leve. I en lægehjerne skal man kunne se, hvad formålet er. Læger kan ikke lide at lave opgaver, de ikke kan se fornuften i. (Læge, medicinsk afsnit)

Det fremgår videre, at det ene medicinske afsnit har valgt en tilgang, hvor de patienter, der er på listen, i udgangspunktet skal have opfølgning, medmindre der er gode grunde til ikke at gøre det. Dette er valgt for at understøtte aktiviteten i afprøvningen, og den listeansvarlige læge skal så argumentere for og dokumentere, hvorfor opfølgning ikke er nødvendigt, hvilket positivt har betydet, at arbejdet med MDT-konferencer er kommet i gang hen over foråret 2021.

5.2 Praktiske erfaringer med listegennemgang

5.2.1 Udfordringer relateret til timing og GDPR

Under opstarten af arbejdet med listegennemgang var der – især på de medicinske afsnit – udfordringer med, at de daglige patientlister kom for sent på dagen. Det betød, dels at listegennemgangen var vanskeligere at passe ind den ansvarlige læges arbejdsrutiner, dels at der for en væsentlig andel af patienterne allerede var planlagt udskrivelse, hvorfor de pågældende patienter ikke fremstod som relevante kandidater til MDT.

Det er derfor vigtigt for interviewpersonerne, at listerne foreligger fra morgenstunden af, så de er noget af det første, de ansvarlige læger kan se på, når de møder ind. Derfor fremhæves det også positivt, at der er fundet en løsning, som sikrer dette – og det fremstår for interviewdeltagere som en grundbetingelse for, at listegennemgangen skal være meningsfuld.

En anden udfordring, der har fyldt forskelligt på afsnittene, handler om GDPR, og hvorvidt personalet har lov til at slå op i journaler og holde MDT for patienter, der ikke længere er indlagt på afsnittet, uden at der er indhentet informeret samtykke fra patienten. Igen er der tale om en udfordring, der har været størst på de medicinske afsnit, hvor forløbene generelt er kortere end på de geriatriske afsnit.

Udfordringen gør sig især gældende på de afsnit, der arbejder med ugentlige MDT-konferencer, hvor udvalgte patientcases drøftes med henblik på læring og vidensudveksling som illustreret i nedenstående citat:

GDPR er et juridisk benspænd. De kan godt komme op til mig om aftenen, og dagen efter sendes til Odense. Og når de er kommet afsted, må jeg ikke kigge i journalen. Vi ville egentlig gerne holde MDT, men det er altid torsdag, og der skal patienten egentlig være gået hjem. Så skal vi indhente samtykke. Hul i GDPR-projekt, men det her er ikke projekt, så vi må ikke. (Læge, medicinsk afsnit)

Som illustreret i citatet består GDPR udfordringen i, at afsnittet ikke har hjemmel til at gå i patienternes journaler, når det – som det er tilfældet med tværgående læringsmøder – ikke sker som direkte opfølgning på patientens behandling. De afsnit, der arbejder med de tværgående MDT-

konferencer, fortæller derfor, at de prioriterer at indhente samtykke fra relevante patienter i forbindelse med listegennemgangen som en del af den arbejdsgang, der er udarbejdet for dette.

5.2.2 Fra brutto- til nettoliste af relevante patienter

Alle fire stationære afsnit havde på interviewtidspunktet udarbejdet instrukser og etableret en velfungerende arbejdsgang omkring den daglige listegennemgang. Det prioriteres, at en erfaren speciallæge dagligt vurderer 'listepatienternes' indlæggelseshistorik, og hvorvidt kontaktmønsteret er udtryk for et uhensigtsmæssigt mønster, hvor det er relevant at sætte ind med en særlig indsats. Den typiske arbejdsgang er sammenfattet i nedenstående citat:

Vi kigger først efter, om det er relevante indlæggelser, eller om det fx er gentagne småinfektioner, de kommer ind med. Kan der optimeres noget i den kommunale pleje – eller er de ved at være ved livets ende – og hvis de er det – om der har været de rette samtaler og dokumentation omkring ønsker til behandling. Det er særligt i forhold til de terminale, at indsatsen giver rigtigt værdi. (Læge, geriatrisk afsnit)

De ansvarlige læger fortæller, at listegennemgangen er ressourcekrævende, samt at størstedelen af 'listepatienterne' ikke fremstår relevante for MDT, som det er beskrevet i pakkeforløbet. Enkelte efterlyser derfor en større præcision i den algoritme, der finder patienterne – fx hvis almindelige skadestuebesøg med småskader kunne sorteres fra. Deltagerne fra de medicinske afsnit angiver også, at listegennemgang ikke nødvendigvis er et redskab, der egner sig til at blive anvendt på alle specialafdelinger. På den anden side er der også enighed om, at de opstillede kriterier med tre akutte kontakter på samme hospitalsenhed fremstår relevante, og ingen nævner konkrete forslag til justering af disse. Dette skal bl.a. ses i lyset af interviewdeltagernes vurdering, at listegennemgang under alle omstændigheder kræver en erfaren speciallæges vurdering, da der er mange forskellige typer af patienter med sammensatte problemstillinger på listerne.

Det fremgår af interview, at de to geriatriske afsnit dagligt har 4-5 patienter til listegennemgang, samt de ugentligt udvælger 2-3 af disse til opfølgning som forudsat i pakkeforløbet – som illustreret i nedenstående citat:

Vi får 4-5 patienter på listen hver morgen, og af dem er det ca. 2-3 om ugen, der går videre til mål- og plansamtale. Dem under 65 år sorteres ret hurtigt fra. Dem uden pårørende sorteres oftest også fra, fordi de er så skrøbelige, at det er svært at indgå i en samtale. De er rigtigt svære, og dem bruger vi også rigtigt meget tid på at drøfte og koordinere med kommunen. (Læge, geriatrisk afsnit)

MDT'en for den mindre del af patienterne, der får tilbuddet, har karakter af en udvidet form for mål- og plansamtale, mens opfølgningen for flertallet af de skrøbelige patienter handler om tilknytning af udskrivelseskoordinator og ekstra fokus på veltilrettelagt udskrivelse (uddybes i næste afsnit).

Det almen medicinske sengeafsnit på Sygehus Sønderjylland har 2-4 'listepatienter' dagligt, og i løbet af pilotafprøvningen er der 9 af disse patienter, der har fået opfølgning via MDT – der på afsnittet har karakter af en udvidet stuegang og ekstra fokus på at planlægge det videre forløb i samarbejde med patient og eventuelt pårørende. Denne udmøntning af MDT skal først og fremmest ses som udtryk for, at MDT, som den er beskrevet i pakkeforløbet, ikke fremstår så anvendelig i hverdagen på det medicinske afsnit:

MDT, som det er beskrevet i pakkeforløbet, giver kun mening i ganske få tilfælde. At samle specialister på tværs af afdelinger eller sektorer og forberede mødet tager minimum et par dage – og vi kan ikke bare forlænge indlæggelsen ud fra et hensyn til at lave MDT. (Læge, medicinsk sengeafsnit)

Det, vi gør for de relevante patienter, minder meget om det, vi gjorde i forvejen. Så som sådan ikke noget nyt i, hvordan vi søger at koordinere og planlægge behandling og udskrivelse. Det nye er listerne, som skærper vores opmærksomhed på at screene patienterne og huske vores indsatser i en travl hverdag. (Leder, medicinsk sengeafsnit)

Som illustreret i citatet fremstår listegennemgangen relevant på det almen medicinske afsnit, fordi den understøtter et fokus på at følge op på patienter med mange gentagne indlæggelser med henblik på at styrke indsatsen for disse.

Erfaringerne fra den kardiologiske sengeafdeling er til gengæld, at der ikke identificeres særligt mange patienter, hvor det vurderes at indlæggelsesmønstret er uhensigtsmæssigt – som illustreret nedenfor:

Det, vi kan se, er, at det er vores svært hjertesygge patienter, der står på listerne. De er så syge, at vi skal se dem tit. Der er derfor ikke så mange relevante patienter på listerne. Måske 5-6 på en måned. Synes ikke rigtig vi fanger nogen. Det er 12 dage siden her i april, vi sidst havde en på listen, der var relevant. (Leder, medicinsk sengeafsnit)

Interviewdeltagerne vurderer derfor, at kardiologisk afdeling ikke er et specielt velegnet sted til at finde kandidater til MDT, og at det illustrerer vigtigheden af at være opmærksom på forskelle mellem specialer. Som eksempler på specialer, hvor der vurderes at være flere relevante kandidater, fremhæves endokrinologi, geriatri og lungemedicin.

5.2.3 Opfølgningen til patienter med gentagne indlæggelser

For flertallet af de relevante patienter sker opfølgningen via tilknytning af udskrivningskoordinator og særligt fokus på at optimere behandling og aftaler for det videre forløb ved udskrivelse som illustreret i nedenstående citat:

Cirka halvdelen af de patienter, vi har på den daglige liste, går videre til særlig opfølgning. Vi ser på, om vi forventer, de kan udskrives til normal hjælp m.m. Vi varsler allerede første dag med forløbsplan til kommunen. Hvad vi har af forventninger. Om vi skønner, der er behov for aflastningsplads. Det bestemmer kommunen jo. Der bruger vi tiltagende meget tid på pårørende samtaler. Fordi det tit drejer sig om en forventningsafstemning. At deres gamle far ikke kan klare huset derhjemme, og uanset, hvor længe vi beholder ham, kan vi ikke afhjælpe hans udfordringer med at trække vejret. (Leder, medicinsk afsnit)

Opfølgningen inkluderer i disse tilfælde samtaler og forventningsafstemning for de patienter, der er i stand til at deltage i dette. På nogle afdelinger – fx geriatriske afsnit i Kolding – er der udformet et fast koncept for disse samtaler i form af 'mål- og plansamtalen' som beskrevet nedenfor:

Mål- og plansamtalen på geriatrisk afsnit i Kolding

Det er samtale, vi har med patient, pårørende og kommune og fra afdelingens side en geriatrer og en udskrivelsesansvarlig sygeplejerske. Vi prøver at køre det meget skematisk. Vi starter med at gennemgå årsag til indlæggelse og behandling. Så beder vi patient og pårørende om at fortælle, hvad der er vigtigt for dem – ikke mindst i forhold til udskrivelse. Så taler vi også med dem om behandlingsniveau og ønsker til den sidste tid. Er de kandidater til intensiv? Skal de genoplives? Og giver det mening at blive ved med at indlægge?

Det er kun en mindre andel af de identificerede patienter, hvor opfølgningen inkluderer en tværfaglig MDT-konference som beskrevet i pakkeforløbet. Som illustreret nedenfor er afsættet også her ofte patienter, hvor de gentagne indlæggelser bunder helt eller delvist i, at der mangler klare aftaler om behandlingsniveauet:

Næsten alle de patienter, der fanges og har behov for en særlig indsats, er demente eller terminale patienter, der indlægges igen og igen. Dehydrering og infektioner er det typisk, der ligger bag. [...] For de terminale handler det typisk om at indgå og dokumentere de rette aftaler omkring end-of-life-care. Det er det, der ligger bag de hyppige indlæggelser – og når først det er dokumenteret og formidlet ordentligt, gør det en stor og vigtig forskel i de pågældende patienters forløb. (Læge, geriatrisk afsnit)

Meget af vores klientel er dem, der ikke burde være kommet på sygehus, men var der i livet, hvor de måske bare skulle have lov til at lukke deres øjne ude på plejehjemmet. Det er plus 90-årige plejehjemsbeboere. Hvor vi ønsker, de i primærsektoren havde haft den dialog med dem – og det er så det, listegennemgangen kan være med til at understøtte. (Udskrivningskoordinator, medicinsk sengeafdeling)

I forhold til de ovennævnte patienter fremstår listegennemgang og MDT som et relevant tiltag, der styrker opmærksomheden på, hvor meget behandling patienterne skal have, når de er meget gamle og meget syge. Afklaring af ønsker til behandlingsniveauet og dokumentation for aftaler for livets afslutning er således et centralt element i opfølgningen for mange af de patienter, der identificeres via listerne.

De MDT-konferencer, der er afholdt på de geriatriske afsnit, beskrives som udvidet version af udskrivelsessamtalen. Fra afdelingernes side deltager minimum speciallæge og udskrivelseskoordinator/primært ansvarlig sygeplejerske, og herudover søges kommune, pårørende og almen praksis involveret. Mødets fokus er dialog om patientens ønsker og forventninger, aftaler for udskrivelse og videre behandling – og herunder også faglig dialog på tværs af deltagerne. Udbyttet af MDT opleves stort, når det lykkes at samle de relevante aktører som illustreret nedenfor:

Når det lykkes, giver det et rigtig godt afsæt for patientens videre forløb. Kommunen synes, vores frister for indkaldelse er korte, men de prioriterer at deltage. Praksislægerne lykkes vi stort set aldrig at få med. Det kunne være godt, hvis de var mere med, men det er svært at få til at gå op med deres dagsprogram. (Udskrivningskoordinator, medicinsk sengeafdeling)

MDT fremstår således som et relevant redskab at have til rådighed, samtidig med at der er tale om et redskab, der er forbeholdt de særligt komplekse forløb. Logistikken omkring MDT-konferencer på tværs af sektorer beskrives som en udfordring – især i relation til praktiserende

læger. Derfor nævnes også eksempler på MDT, der har været afholdt helt eller delvist på skærm, fordi det ellers ikke kunne lade sig gøre at holde mødet.

5.3 Opsamling

Pakkeforløbets fokus på at forebygge genindlæggelser såvel som forløbets grundelementer i form af udskrivningskoordinatorer, mål- og plansamtaler og særligt fokus på at koordinere udskrivelsen for patienter med komplekse forløb fremstår relevante på tværs af de fire pilotafdelinger.

Erfaringerne med de nye elementer i form af listegennemgang og afholdelse af MDT-konferencer adskiller sig til gengæld på tværs af de to geriatriske sengeafsnit sammenlignet med henholdsvis det kardiologiske og medicinske sengeafsnit.

Det kommer både til udtryk ved, at de geriatriske afsnit er kommet hurtigere i gang med afprøvningen og derved har opnået flere erfaringer, og ved at den oplevede relevans og anvendelighed er højere i geriatrien. Årsagerne til disse forskelle er for det første, at de geriatriske indlæggelsesforløb generelt set er længere og med mere behov for opfølgning end forløbene på de medicinske specialafsnit, der har deltaget i pilotafprøvningen. For det andet har de geriatriske afsnit fra starten haft de relevante tovholdere og tiltag relateret til opfølgning på plads som en del af det daglige set-up, hvilket ikke i samme omfang var tilfældet på de to medicinske afsnit.

6 Pilotafrøvning i psykiatrien

Dette kapitel formidler erfaringerne fra de afsnit i henholdsvis Børne- og Ungdomspsykiatrien samt Voksenpsykiatrisk Afdeling i Odense, der har pilottestet pakkeforløbets initiativ om listegennemgang for patienter med gentagne akutte kontakter. Kapitlet er udarbejdet med afsæt i tre gruppeinterviews samt resultater fra to audits, som de involverede afsnit har gennemført for at vurdere anvendeligheden af de daglige patientlister, psykiatrien har modtaget i perioden med pilotafrøvning.

6.1 Introduktion til pilotafrøvning i psykiatrien

Pilotafdelingerne i psykiatrien adskiller sig fra de somatiske pilotafdelinger ved, at psykiatrisygehuset ikke har indgået i det kortlægningsarbejde, der ligger til grund for udarbejdelsen af pakkeforløbet. Psykiatrihospitalets afdelinger har derfor indgået i pilotafrøvningen med et afgrænset fokus på at indsamle erfaringer til det videre arbejde med at styrke psykiatriens fokus og muligheder for at styrke indsatsen for patienter med gentagne akutte kontakter.

De to pilotafdelinger har for det første haft til opgave at teste, hvorvidt listegennemgang med afsæt i kriteriet om mindst tre akutte hospitalskontakter udgør et relevant og anvendeligt redskab i psykiatrien. For det andet har opgaven været at indsamle erfaringer med, hvilke typer af opfølgning der kan tilbydes i psykiatrien for at styrke indsatsen for de patienter, der har mange akutte kontakter og et uhensigtsmæssigt kontaktmønster i psykiatrien.

Ansvar for pilotafrøvningen har på afdelingerne været delt imellem repræsentanter fra afdelingsledelsen, 'listeansvarlige' overlæger og udvalgte nøglepersoner i forhold til opfølgning og planlægning af patientens udskrivelse. Som forberedelse til afprøvningen har de involverede afsnitsledelser i perioden april 2020 til september 2020 modtaget daglige lister. Formålet har dels været at få et billede af, hvor mange patienter der optræder på listerne, hvad der karakteriserer patienternes forløb og kontakter, samt om der er særlige forhold, man skal være opmærksom på, når tiltaget om listegennemgang overføres fra det somatiske til det psykiatriske område. Dette har ledt til en forståelse af, at patienterne i psykiatrien generelt set har bestået af væsentligt flere akutte hospitalskontakter end patienterne på det somatiske område.

I voksenpsykiatrien blev det derfor besluttet at justere den algoritme, der udvælger patienter, så tidsperioden for de tre forudgående akutte kontakter er nedsat fra 6 til 3 måneder, da der ellers ville optræde for mange patienter i de daglige lister. Det blev endvidere aftalt, at kontakter og indlæggelser vedrørende retspsykiatriske patienter, vedligeholdelses-elektrochokbehandling og patientstyrede indlæggelser tæller ikke med. For det første fordi disse patienter har mange kontakter i psykiatrien, og for det andet fordi disse kontakter er en vigtig målsætning for behandlingen.

Afgrænsningen til 3 måneder er også aftalt i Børne- og Ungdomspsykiatrien, men af hensyn til det forebyggende perspektiv er det samtidig besluttet, at patienterne kun skal have to akutte kontakter i løbet af de foregående 3 måneder for at optræde på listen.

6.2 Erfaringer og perspektiver fra Voksenpsykiatrien

6.2.1 Opstart og organisering

Den forberedende fase blev i voksenpsykiatrien anvendt til at aftale nedenstående lokale arbejdsgang for, hvem der modtager de daglige lister, og hvem der vurderer de patienter, der optræder på listen som angivet i boksen nedenfor:

Boks 1: Arbejdsgang for listegennemgang, Psykiatrisk Afdeling Odense

1. Listen sendes fra regionshusets afdeling for sundhedsdokumentation til receptionen, som via journalen ser, om patienten er tilknyttet et ambulant team.
2. Hvis patienten er tilknyttet ambulant team, sendes cpr videre til teamet med en standard-mail om, at de skal forholde sig til patientens henvendelsesmønster og relevante muligheder for opfølgning.
3. Hvis patienten ikke er tilknyttet et ambulant team, sendes cpr og et standardbrev til sengeafsnittet, der ligeledes skal forholde sig til patientens henvendelsesmønster og muligheder for opfølgning.
4. I både ambulant team og på sengeafsnit skal det sikres, at en speciallæge tager stilling til patientens forløb og mulighederne for opfølgning.

I vurderingen af muligheder for opfølgning bør indtænkes: Mulige behandlingstilbud på afdelingen, dialog med tværsektorielle samarbejdspartnere, brug af udskrivelsesaftale eller koordinationsplan og eventuel forløbskoordinator og koordinerende indsatsplaner ved patienter, der har et misbrug.

Kilde: Voksenpsykiatriens beskrivelse af arbejdsgang.

I voksenpsykiatrien er listegennemgang afprøvet på henholdsvis afsnit for affektive lidelser og i det opsøgende psykoseteam, der begge forankret i Odense. Ifølge interviewpersonerne fungerer den aftalte arbejdsgang rent praktisk efter en indkøringsperiode, hvor der bl.a. var udfordringer med, at listen kom for sent på dagen, samt at der ved opstarten var usikkerhed blandt de involverede om, hvem der skulle gøre hvad.

6.2.2 Oplevet relevans og anvendelighed

Den oplevede relevans og anvendelighed af listegennemgangen var i udgangspunktet lav blandt de involverede i pilotafprøvningen. De faktiske erfaringer og den audit, der er gennemført i forbindelse med evalueringen, har bekræftet dette initiale indtryk blandt de listeansvarlige fagpersoner – jf. opsamlingen i sammenfatningen i boksen nedenfor:

Boks 2: Resultater fra voksenpsykiatriens journalaudit

Vurdering af listernes anvendelighed udarbejdet af voksenpsykiatrien med afsæt i journalaudit på 25 cpr-numre, der har været på listen over patienter med gentagne indlæggelser.

I analysen af voksenpsykiatrien er der den 27. maj 2021 foretaget en journalaudit på 25 tilfældige cpr-numre (23 unikke patienter) fra listen over gentagne indlæggelser fra Psykiatrisk Afdeling Odense. Opgørelsen er udarbejdet af de listeansvarlige fagpersoner i pilotafprøvningen og kvalificeret i dialog afsnittenes ledelse.

De 23 patienters forløb er undersøgt med henblik på at finde informationer om køn, alder, diagnose, samt hvorvidt det ved patientens listegennemgang er vurderet, at der var behov for særlig opfølgning på patientens behandlingsforløb med henblik på at forebygge indlæggelser og akutte hospitalskontakter.

Kønsfordelingen er 11 mænd og 12 kvinder i alderen 22 år til 71 år (median 33 år). Perioden for kontakterne løber fra den 1. september 2020 til den 27. april 2021.

Det er vurderet, at 9 ud af de 25 forløb falder uden for pakkeforløbets målgruppe, fordi der enten er tale om vedligeholdelses-ECT (4 patienter) eller patienter, der er indlagt i henhold til behandlingsdom/overført til retspsykiatrisk regi inden for det første døgn (5 patienter).

Ud af de resterende 16 patientforløb har den 'listeansvarlige' speciallæge i 2 tilfælde vurderet, at der er behov for en opfølgning ud over det normale for at forebygge gentagne indlæggelser.

Det er angivet, at de tiltag, der er relevante i de pågældende forløb – såvel som på generelt niveau for patienter med mange ikke planlagte hospitalskontakter, handler om at indtænke andre mulige behandlingstilbud på afdelingen, styrket dialog med tværsektorielle samarbejdspartnere, brug af udskrivelsesaftale eller koordinationsplan og eventuelt forløbskoordinator og koordinerende indsatsplaner ved patienter, der har et misbrug.

Kilde: Voksenpsykiatriens journalaudit.

De praktiske erfaringer er videre, at listegennemgangen på de involverede pilotafsnit ikke har identificeret mange eksempler på patienter med særlige behov- og muligheder for opfølgning, der rækker ud over de tiltag, der i forvejen arbejdes med på afsnittene.

De involverede har store forbehold over for, at et delelement af et samlet pakkeforløb udviklet i samarbejde med somatiske sygehusafsnit introduceres i psykiatrien. Oplevelsen blandt fagpersoner, der har fået ansvar for den daglige listegennemgang, er, at et er sket uden forudgående dialog omkring formål, indhold og anvendelighed. Der efterspørges i forlængelse heraf en dialog, der kunne have kvalificeret afprøvningens formål, samt hvilke afsnit der skulle indgå. Dette gælder i særlig grad i det opsøgende psykoseteam, hvor formålet om at forebygge hospitalskontakter udgør en grundlæggende modsætning til arbejdet med de tilknyttede patienter som illustreret i nedenstående citat:

De patienter, vi har tilknyttet, er dem, der mange gange ikke ønsker behandling og falder mellem flere stole. De lider af psykoser og svær skizofreni. Et af de vigtigste parametre, vi arbejder med, handler om at få dem til at tage imod behandling og søge kontakt, når de har det skidt. Det er bedre end at gå ud i havet eller havnen, så vi roser dem, når de kommer. Så vi vil meget gerne have, at de henvender sig, for så er der kontakt. (Interviewdeltager, voksenpsykiatrien).

Repræsentanterne fra psykoseteamet oplever videre, at resultaterne af deres listegennemgang har fungeret som envejskommunikation uden tilbagemeldinger på deres vurderinger. Derved er de også usikre på, om deres vurderinger lever op til formålet – og anvendes til opfølgning på de pågældende patienters forløb som illustreret i nedenstående citat:

Hver gang jeg skriver en speciallægeerklæring [om patienterne på den daglige liste], er der ingen, der ser den. Den er derfor nyttesløs. Vi sidder i en egen boble og laver en vurdering – typisk på en patient, jeg syntes er for tidligt udskrevet eller udskrevet uden den nødvendige koordination fra afdelingens side, men det er ikke et problem, der kan løses via de notater, jeg laver. Problemet er, at afdelingerne er meget presede, og de gør det, så godt de kan. Der er nogle huller i det, og der er meget, der mangler i samarbejdet. (Interviewdeltager, voksenpsykiatrien).

Som illustreret i citatet fremstår listegennemgangen og de tilhørende notater, der er arbejdet i regi af det opsøgende psykoseteam, umiddelbart ikke som en løsning på de udfordringer, som de involverede oplever i forbindelse med patienternes indlæggelses- og udskrivelsesforløb.

De involverede fra afsnit for affektive lidelser har ikke en oplevelse af, at pakkeforløbets formål om færre akutte kontakter er i modstrid med målsætningerne for afdelingens patienter. Tværtimod ser de et behov for at styrke indsatsen og samarbejdet imellem afdelingen, socialpsykiatrien og de ambulante udgående teams i den regionale psykiatri. De praktiske erfaringer fra pilotafprøvningen indikerer til gengæld for de involverede, at listegennemgangen ikke fanger ret mange relevante patienter på afsnittet, fordi:

- relativt mange af afdelingens patienter i udgangspunktet ikke er kendte i psykiatrien
- de fleste listepatienter sorteres fra, fordi den ansvarlige speciallæge ikke vurderer, at deres kontakter med psykiatrien er udtryk for et uhensigtsmæssigt kontaktmønster, jf. journalgennemgangen i boks 2 ovenfor
- de indsætter, der er nødvendige for at hjælpe patienterne på sigt, i høj ligger i kommunalt regi og fx handler om patientens boligsituation, beskæftigelse, økonomi og evne til at klare sig i hverdagen.

Ovenstående forhold betyder, at deltagerne har svært ved at se, hvilke løsninger listegennemgangen skal lede til for de patienter, der har udfordringer. Interviewdeltagerne har derfor ingen praktiske erfaringer med opfølgende indsætter, der er sat i værk til patienter med gentagne indlæggelser som følge af listegennemgangen.

6.2.3 Fremadrettede perspektiver på indsatsen for at forebygge genindlæggelser i psykiatrien

Interviewdeltagerne fra voksenpsykiatrien ser et behov for at styrke samarbejde og koordination i relation til patienternes tværgående forløb. Ansættelse af udskrivelseskoordinatorer på relevante sengeafsnit fremstår i den forbindelse som en konkret prioritet. Det gælder dels i forhold til at optimere indsatsen for patienter med komplekse forløb, dels i forhold til at udvikle samarbejdet på tværs af aktører i de forløb, hvor patienterne har mange akutte sygehuskontakter. Netop det tværgående samarbejde mellem den regionale psykiatri og kommuner såvel som samarbejdet på tværs af den regionale psykiatri og somatik fremstår som vigtige fremadrettede indsatsområder, der kan/bør arbejdes med at adressere.

Den psykiatriske skadestue og de udgående ambulante teams, der arbejder i patienternes nærmiljø, nævnes som eksempler på enheder, der potentielt kunne have gavn af listegennemgang fremover. I forhold til skadestuen ved, at man kan identificere de patienter, der kommer mange gange, for at fremskynde tilknytning til ambulante regionale tilbud, og i forhold til hurtigere at etablere kontakt til relevante kommunale samarbejdsparter tidligt i især de yngre patienters forløb.

I forhold til de ambulante teams ses et behov for, at de får besked, når deres patienter har været i kontakt med skadestue eller indlagt akut, hurtigere og mere systematisk, end det foregår i dag, for at de ad den vej kan følge op med patienten samt gå i dialog med relevante kommunale samarbejdsparter.

6.3 Erfaringer og perspektiver fra Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense

6.3.1 Opstart og organisering

Den forberedende fase blev i Børne- og Ungdomspsykiatrien anvendt til at aftale nedenstående lokale arbejdsgang for, hvem der modtager de daglige lister, og hvem der vurderer de patienter, der optræder på listen, som angivet i boks 3:

Boks 3: Arbejdsgang for listegennemgang, Børne- og Ungdomspsykiatri Odense

1. Lister sendes fra regionshusets afdeling for sundhedsdokumentation til Børne- og Ungdomspsykiatri Odense. Listerne vurderes ved vagtoverlevering den efterfølgende dag.
2. Hvis patienten ikke er indlagt og har haft to gentagne akutte kontakter inden for 3 måneder, vurderes patienten i den subakutte tid næstkommende dag kl. 8:30. Der meddeles til vagthavende, at den subakutte tid herefter er booket.
- 3a. Ikke-indlagte patienter: I den subakutte tid vurderer speciallæge, hvilken indsats der skal iværksættes – fx kontakt fra speciallæge til kommune, (video)konference med kommune/bosted, indsats ved mobilteam mv. Mobilteam eller socialrådgiver følger op på speciallægevurderingen.
- 3b. Indlagte patienter: Patient tilses, og relevante samarbejdsinitiativer iværksættes, bl.a. jf. 3a samt udskrivelses- eller koordinationsplan og forløbskoordinator/koordinerende indsatsplan.

Generelt involveres afdelingens mobilteam. Mobilteamet får datalisten og deltager i subakut vurdering for at understøtte det videre forløb. Mobilteamet deltager herudover i koordinering af det videre forløb efter udskrivelse for de patienter, der er indlagt.

Kilde: Børne- og Ungepsykiatriens beskrivelse af arbejdsgang

6.3.2 Oplevet relevans og anvendelighed

Interviewpersonerne fra Børne- og Ungepsykiatrien Odense lægger vægt på, at deres patienter har det bedst derhjemme. Derfor har de som mål, at patienterne så vidt muligt ikke skal indlægges, samt at de indlæggelser, der sker, skal være så korte som muligt. Listegennemgangen og formålet med denne fremstår derfor som et relevant og positivt tiltag og understøtter deres mulighed for at identificere og handle systematisk på de forløb, hvor patienterne bliver hyppigt indlagt – som illustreret i citatet nedenfor:

Listen er et godt redskab i en presset hverdag med ansvar for 18 sengepladser. Jeg synes, det er hjælpsomt; der er en struktur, der hjælper mig, da jeg ellers godt kan

miste overblikket i forhold til, om vi har patienter, der kommer her for ofte. (Interviewdeltager fra Børne- og ungepsykiatrien)

Den etablerede arbejdsgang omkring listegennemgangen fungerer godt i hverdagen, og rutinen med at involvere mobilteam, informere samarbejdsparter og indkalde til netværksmøder positivt understøtter samarbejdet om patienternes forløb. Dette er sammenfattet i nedenstående vurdering, der er udarbejdet af Børne- og ungepsykiatrien med afsæt i en audit på afdelingens 'listepatienter':

Boks 4: Vurdering af listernes anvendelighed i Børne- og ungepsykiatrien

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Odense har taget udgangspunkt i de informationsmails, som koordinatoren for Mobilteam udsender til personalet vedrørende patienter, der har optrådt på listen med gentagne indlæggelser. Gennemgangen af de udvalgte patienter er udarbejdet af de listeansvarlige medarbejdere i pilotafprøvningen og kvalificeret i dialog med deres afdelingsledelse.

Der har været udsendt informationsmails siden oktober 2020, men der har været en tilpasningsperiode, hvor indholdet og formen på informationsmailen er justeret undervejs. På denne baggrund er det vurderet, at data fra marts og april 2021 giver det mest retvisende billede af brugen af informationsmails i sin endelige form. Det er således marts og april 2021, der er medtaget i analysen.

Der er etableret en praksis, hvor koordinatoren ved Mobilteam modtager listen over gentagne indlæggelser. Herefter gennemgår koordinatoren patienterne på listen og sorterer patientstyrede indlæggelser fra. Koordinatoren udarbejder herefter en mail med relevant information om patientens forløb og sender til afdelingen med forslag om indsatser til relevante nøglepersoner med kontakt til patienten. Dette er først og fremmest overlæge og socialrådgiver i døgnafsnit (hvor patienten indlægges). Hvis der er tilknytning til Mobilteam, ambulatorie, eller hvis patienten indgår i andre indsatser, inkluderes nøglepersoner fra disse.

Data viser, at koordinatoren i marts-april 2021 modtog 30 patienter på listen og i 12 tilfælde udarbejdede informationsmails med forslag til opfølgende indsatser.

Kilde: Børne- og Ungepsykiatriens journalaudit.

Et opmærksomhedspunkt fremadrettet er dog, at indsatsen p.t. er personbåret i forhold til Mobilteamets koordinator. Hvis listegennemgangen skal fortsætte og udbredes til andre afdelinger, anbefaler de involverede derfor, at indsatsen forankres i en bredere personkreds, så der er mulighed for at dække ind for hinanden ved sygdom, ferie og lignende.

6.3.3 Praktiske erfaringer med listegennemgang

Afdelingen identificerer ugentligt 1-2 patienter til opfølgning via listegennemgangen, hvor afdelingen og Mobilteamets koordinator informerer samarbejdsparter om patientens gentagne indlæggelser og kommer med forslag til samarbejdet om det videre forløb⁵. I disse forløb involveres typisk også afdelingens socialrådgiver med henblik på at koordinere udskrivelsen samt vurdere, om der skal indkaldes til netværksmøde (med patienten og pårørende) eller samarbejds møder (hvor patient og pårørende ikke er med).

På interviewtidspunktet havde der været afholdt ca. 10 netværks- og samarbejds møder på baggrund af den daglige listegennemgang, og værdien af disse opleves stor – som illustreret i nedenstående citat:

⁵ På sigt er det også planlagt, at afdelingens nyansatte udskrivelseskoordinator skal indgå som nøgleperson i opfølgningen på listepatienterne.

Dem, vi er med til at fange, er de unge, der pludselig stikker af i forhold til, hvordan de har det. Det er fx de unge, der overgår fra grundskole til voksenregi. Bliver mødt af nye større krav og mangler støtte. Deres indsats er lukket ned, typisk fordi de ikke samarbejder, og så afsluttes de i kommunen. Tit og ofte eskalerer det over tid, og de får hjælp til at bo andre steder end hjemme. Og de får måske SKP eller bosted og begynder at blive indlagt. [...] og der hjælper det at kunne sige, at de har været indlagt så og så mange gange. Så er det, som om kommunen lytter lidt mere og fx sætter ind med bo-støtte. Det er også sundt for os at kigge på vores indsats. Nu har denne patient været indlagt 4 gange, og kunne der være noget, vi har overset eller kunne de have udviklet en ny lidelse. (Interviewdeltager, Børne- og ungepsykiatrien)

Som illustreret i citatet opleves listegennemgangen både som en hjælp i forhold til afdelingens fokus på at forebygge genindlæggelser og som en løftestang for dialogen med hjemkommunen om patienternes kommunale støtteforanstaltninger.

6.3.4 Udfordringer relateret til timing og GDPR

Undervejs i afprøvningen har der været udfordringer relateret til GDPR og timing. Det skyldes, dels at indlæggelserne på afdelingen typisk er korte, dels at de involverede nøglepersoner (socialrådgiver og koordinator i mobilteamet) arbejder almindelig dagtid. Det betyder, at en stor andel af listepatienterne allerede er udskrevet, når de optræder på listen – eller når mobilteamets koordinator modtager besked om, at der er behov for opfølgning. Hvis der i disse tilfælde ikke er indhentet samtykke til den opfølgende indsats under selve indlæggelsen, har de involverede ikke mulighed for at gå videre med denne. Det betyder, at en del opfølgingsforløb er aflyst. Indhentning af samtykke til, at de må arbejde med opfølgning på forløbet – også efter patienten er udskrevet – er derfor et vigtigt opmærksomhedspunkt for deltagerne i pilotafprøvningen som illustreret i nedenstående citat:

Vi har fået mulighed for at indhente en samtykkeerklæring, der gælder et år, og ønskescenariet er, at den bliver underskrevet ved første kontakt – og at behandleren også husker at få mobilteamet med på samtykket. Det er ikke fortrykt, så der er blanke kolonner, man skal huske at udfylde. (Interviewdeltager, Børne- og ungepsykiatrien)

Interviewdeltagerne arbejder derfor med at sikre indhentning af samtykke af hensyn til pilotafprøvningen såvel som i forhold til afdelingens indlæggelser generelt og oplevelsen. Pilotafprøvningen fungerer derved som løftestang for et i forvejen prioriteret indsatsområde, der udvikler sig positivt, men uden at være helt i mål.

6.3.5 Opfølgningen til patienter med gentagne indlæggelser

Opfølgningen på de patienter, der identificeres via listegennemgangen, handler for det første om at holde et ekstra fokus på planlægning af udskrivelsen og god overlevering til pårørende og relevante aktører i kommunen. Afdelingens nyansatte udskrivelseskoordinator og de tilknyttede socialrådgivere spiller en væsentlig rolle i den sammenhæng.

Som noget nyt i forbindelse med listegennemgangen er der et fokus på patientens ambulante opfølgning og udredning, herunder om indlæggelseshistorikken giver anledning til at justere i de eksisterende aftaler, hvis der fx vurderes at være for lang tid til næste besøg. Afdelingen kan ikke selv ændre på disse aftaler, men er foranlediget af listegennemgangen begyndt at skrive til de relevante behandlere. Erfaringen er indtil videre, at der bliver taget konstruktivt imod dette som illustreret nedenfor:

Det er rigtigt positivt, at folk ikke bliver fornærmede, når nu et mobilteam tramper ind over og blander sig. Det er jo en lille smule konfronterende at blive kontaktet på mail, hvor der gives anbefalinger til patientens opfølgning. Men vi er lykkedes med, at de ser det som en hjælp. (Interviewdeltager, Børne- og ungepsykiatrien)

Fokus er herudover på at planlægge netværks- og samarbejds møder med involverede aktører, patient og pårørende, når det er relevant. Det fremgår i den forbindelse, at listegennemgangen kan understøtte relevansen af disse og være med til at sætte dagsordenen for de problemstillinger der er vigtige at adressere i det videre forløb.

6.4 Opsamling

Den oplevede relevans og anvendelighed blandt deltagerne fra Voksenpsykiatrien er lav, og der er ikke fundet eksempler på, at listegennemgangen har fungeret som afsæt for opfølgning og optimering af konkrete patientforløb i løbet af pilotafprøvningen. Det fremgår videre, at de involverede slås med en række udfordringer relateret til kommunikation, koordination og adgang til de – især kommunale tilbud – som de vurderer, at patienterne har behov for. Listegennemgangen opleves ikke som et element, der bidrager til løsning af disse udfordringer. I det videre arbejde med pakkeforløbstanken i psykiatrien efterspørges derfor en mere involverende proces, hvor de løsninger, der arbejdes med, i højere grad er formuleret af psykiatriens fagpersoner og målrettet psykiatriens vilkår og udfordringer. Dog peges der på de udgående ambulante teams som aktører, der potentielt kunne have nytte af et værktøj som listegennemgangen, fordi de ofte ikke informeres om indlæggelser blandt de patienter, de er tilknyttet.

Den oplevede relevans og anvendelighed er relativt høj i blandt de involverede i Børne- og ungdomspsykiatrien. Det skyldes, dels at formålet med at forebygge akutte kontakter er i overensstemmelse med afdelingens målsætninger for patienterne, dels at der har været relevante nøglepersoner, som har taget ansvar for og grebet opgaven med henholdsvis listegennemgang og opfølgning på relevante forløb. De involverede støtter derfor op om, at listegennemgangen videreføres og konsolideres på deres afsnit, dels i forhold til at opnå rutine med de forskellige elementer i opfølgningen på relevante patienter, dels i forhold til at gøre arbejdsgangene mindre personafhængige fremadrettet.

7 Konklusioner og anbefalinger til det videre arbejde med implementering

Dette kapitel præsenterer først VIVEs konklusioner i forhold til pilotafprøvningens tre typer af afdelinger. Herefter følger en afrunding om de fremadrettede vidensbehov og VIVEs overordnede anbefalinger til det videre arbejde med pakkeforløbet.

7.1 Konklusioner og perspektiver for videre implementering på Akutmodtagelserne

Evalueringen viser, at pakkeforløbet som helhed fremstår meget relevant og overvejende anvendeligt på de fire akutmodtagelser, samt at der her er en forventning om fortsat konsolidering af de beskrevne arbejdsgange og funktioner fremadrettet. Dette positive afsæt bunder i en gennemgående oplevelse af, at akutmodtagelserne i dag er godt konsolideret i deres organisering og interne samarbejdsrelationer på sygehusene, hvorfor der de seneste år har været mulighed og fokus på at udvikle det tværgående samarbejde med kommunerne. Evalueringens interviews indikerer således, at akutmodtagelserne er kommet relativt langt i deres konsolidering, samt at en række af de 'børnesygdomme', der tidligere er afdækket i forbindelse med oprettelsen af modtagelserne, er ved at være løst, se fx (2-5).

Afprøvningen af pakkeforløbet falder altså ind i en hverdag, hvor afdelingerne arbejder på at åbne op for deres relationer til kommunerne og fokuseret søger at forebygge indlæggelser. Formålet med pakkeforløbet såvel som de tre indsatsområder og konkrete tiltag opleves i den forbindelse som relevante og langt hen ad vejen genkendelige tiltag, der understøtter den igangværende udvikling på akutafdelingerne. Oplevelsen er samtidig, at den aktuelle udvikling i kommunerne med oprettelse af akutteams, midlertidige pladser og fremskudt visitation positivt understøtter arbejdet med pakkeforløbets elementer.

Akutafdelingerne har valgt at afprøve 'indsats i front' og 'den trygge udskrivelse', selvom disse elementer i pakkeforløbet i udgangspunktet er tiltænkt de stationære sengeafsnit. Erfaringerne er også, at der er udfordringer med at matche arbejdsgangene i de indeholdte tiltag med akutmodtagelsernes daglige patientflow. I forhold til 'indsats i front' udfordrer akutafdelingernes korte indlæggelsestider anvendeligheden af daglige listegennemgang, da flertallet patienter allerede har forladt afdelingen, når listerne udsendes. Den oplevede relevans af listegennemgang er til gengæld stor, og hvis funktionalitet og timing fremadrettet kan forbedres, er der et generelt ønske om at fortsætte med tiltaget.

Den daglige listegennemgang er i pakkeforløbet tæt forbundet med afholdelse af tværfaglige og ideelt set også tværsektorielle MDT-konferencer for patienter med særligt behov for opfølgning. Også dette element er naturligt udfordret af akutmodtagelsernes korte patientforløb, hvor langt de fleste patienter forlader afdelingen, inden der er gået et døgn. Opfølgningen til de patienter, der identificeres, knytter sig derfor i højere grad til, at de tilknyttes en udskrivelses-sygeplejerske end til afholdelse af MDT. Men også i denne sammenhæng gives eksempler på, at det i enkelte tilfælde er lykkedes at gennemføre MDT, samt udbyttet af dette i de pågældende forløb har været stort.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter der fremstår for det videre arbejde handler om:

- at få ansat og konsolideret de sidste tværsektorielle koordinatore og udskrivelseskoordinatore, da disse konsistent fremhæves som afgørende elementer i det fremadrettede tværgående samarbejde
- opnå mere rutine med MDT-formatet – og meget gerne i en virtuel form, hvor praksislæger og kommuner har bedre mulighed for at deltage, da det ellers er meget svært at få konceptet til at fungere i akutmodtagelsernes dagligdag med hurtige patientflow
- videreudvikle arbejdet med listegennemgang i forhold til GDPR og funktionalitet, så indsatsen bliver mere præcis og lettere at arbejde med. Hvis listegennemgangen ikke er mulig at få til at fungere, kan det overvejes, om der – som en del af arbejdsgangen ved akutindlæggelser – kan findes en anden metode til at sætte fokus på patienter med gentagne indlæggelser og særlige behov for opfølgning.

7.2 Konklusioner og perspektiver for videre implementering på sengeafdelinger

Pakkeforløbets fokus på at styrke indsatsen for patienter med mange akutte hospitalskontakter såvel som forløbets grundelementer i form af udskrivningskoordinatore, mål- og plansamtaler og særligt fokus på at koordinere udskrivelsen for patienter med komplekse forløb, fremstår relevante på tværs af de fire pilotafdelinger. Erfaringerne med de nye elementer i form af listegennemgang og afholdelse af MDT-konferencer adskiller sig til gengæld på tværs af de to geriatriske sengeafdelinger sammenlignet med henholdsvis den kardiologiske og almen medicinske sengeafdeling.

Det kommer både til udtryk ved, at de geriatriske afdelinger er kommet hurtigere i gang med afprøvningen og derved har opnået flere erfaringer, og ved at den oplevede relevans og anvendelighed er højere i geriatrien. Årsagerne til disse forskelle er for det første, at de geriatriske indlæggelsesforløb generelt set er længere og med mere behov for opfølgning end forløbene på de medicinske specialafdelinger, der har deltaget i pilotafprøvningen. For det andet har de geriatriske afdelinger fra starten haft de relevante tovholdere og tiltag relateret til opfølgning på plads som en del af det daglige set-up, hvilket ikke i samme grad er tilfældet på de to medicinske afsnit.

Som afspejlet i målgruppeanalysen (kapitel 2) er MDT-konferencen et tiltag, der er forbeholdt en lille andel af de patienter, som dagligt optræder på afdelingernes lister. Enkelte – og det gælder især deltagerne fra de to medicinske afdelinger – stiller i den forbindelse spørgsmålstegn ved, hvorvidt udbyttet af listegennemgang matcher de anvendte ressourcer, og hvorvidt det er muligt at opnå større præcision i udvælgelsen af listepatienter. Interview og målgruppeanalyse har dog ikke afdækket konkrete eksempler på, hvordan dette kan gøres. Den generelle vurdering er endvidere, at kriteriet om tre akutte kontakter på samme hospitalsmatrikel er velvalgt, samt det, uanset hvilke kriterier, der vælges, kræver en speciallægevurdering at vurdere, hvilke patienter der har særligt behov for opfølgning.

Det fremgår videre, at det oplevede udbytte af både MDT og konferencer relateret til planlægning af konkrete patientforløb vurderes stort af involverede fagpersoner såvel som de patienter, der modtager tilbuddet. På baggrund af patientinterviewene fremstår det også som vigtige opmærksomhedspunkter, at:

- patienter/pårørende bliver hørt og reelt involveret i konferencens fokus og beslutninger

- der er et tydeligt formål med konferencen og en klar rollefordeling mellem de deltagende fagpersoner
- der deltager en primært ansvarlig speciallæge med indsigt i patientens forløb og sygdomsbillede.

Det oplevede udbytte af læringsorienterede MDT-konferencer blandt en bredere kreds af fagpersoner om udvalgte patientforløb er også stort – og det gælder ikke mindst i de tilfælde, hvor det lykkes at involvere eksterne aktører i form af kommune, almen praksis og psykiatri.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter for det videre arbejde handler med afsæt i sengeafdelingernes erfaringer om, at:

- Erfaringerne fra de to medicinske afsnit illustrerer, at der kan være væsentlige patientrelaterede forskelle de medicinske specialer imellem, som har betydning for arbejdet med listegennemgang og MDT-konferencer. Det fremstår derfor relevant at afveje, på hvilke afsnit og ud fra hvilke kriterier listegennemgang og MDT udgør relevante og anvendelige redskaber på de enkelte afdelinger.
- De understøttende funktioner i form af tværsektorielle koordinatore og udskrivelseskoordinatorer bør være til stede på de afdelinger, der skal arbejde med listegennemgang, MDT og opfølgning på forløbet for de relevante patienter, der identificeres.
- De involverede tydeligt informeres om pakkeforløbets formål og indhold, samt at der etableres en projektgruppe med ansvar for implementeringen. Erfaringerne fra de fire pilotafsnit indikerer, at personkredsen godt kan være snæver, så længe den er forankret blandt de relevante nøglepersoner i form af listeansvarlig læge og koordinerende funktioner.
- Ved afholdelse af MDT målrettet individuelle patientforløb er det vigtigt, at en primært ansvarlig læge, der er godt inde i forløbet, kan deltage sammen med udskrivningskoordinator eller lignende, som kan sikre opfølgning og effektivering af de tiltag, der besluttes. En tydelig dagsorden, dialog i øjenhøjde og klar rollefordeling mellem de deltagende fagpersoner bør også prioriteres, da dette fremstår essentielt for det patientoplevede udbytte.

7.3 Konklusioner og perspektiver for udvikling af et pakkeforløb for patienter med mange akutte kontakter i psykiatrien

Den oplevede relevans og anvendelighed blandt deltagerne fra Voksenpsykiatrien er lav, og der er ikke fundet eksempler på, at listegennemgangen har fungeret som afsæt for opfølgning og optimering af konkrete patientforløb i løbet af pilotafprøvningen. Det fremgår videre, at de involverede slås med en række udfordringer relateret til kommunikation, koordination og adgang til relevante tilbud, som patienterne vurderes at have behov for. Listegennemgangen opleves ikke som et element, der bidrager til løsningen af disse udfordringer. I det videre arbejde med pakkeforløbstanken i voksenpsykiatrien efterspørges derfor en mere involverende proces, hvor de løsninger, der arbejdes med, i højere grad er formuleret af psykiatriens fagpersoner og målrettet psykiatriens vilkår og udfordringer. Dog peges på, de udgående ambulante teams og psykiatrisk skadestue som aktører potentielt kunne have nytte af et værktøj som listegennemgangen for at skærpe opmærksomheden på de patienter, der har mange gentagne akutte kontakter.

Den oplevede relevans og anvendelighed er relativt høj blandt de involverede i Børne- og ungdomspsykiatrien. Det skyldes, dels at formålet med at forebygge akutte kontakter er i overensstemmelse med afdelingens målsætninger for patienterne, dels at der har været relevante nøglepersoner, som har taget ansvar for og grebet opgaven med henholdsvis listegennemgang og opfølgning på relevante forløb. De involverede støtter derfor op om, at listegennemgangen videreføres og konsolideres på deres afsnit, dels i forhold til at opnå rutine med de forskellige elementer i opfølgningen på relevante patienter, dels i forhold til at gøre arbejdsgangene mindre personafhængige.

De vigtigste tværgående opmærksomhedspunkter, der fremstår for det videre arbejde med at udvikle et pakkeforløb i psykiatrien, handler om:

- at pakkeforløbet i sin nuværende form ikke vurderes velegnet at implementere i voksenpsykiatrien
- at igangsætte/gennemføre den planlagte beskrivelse af et pakkeforløb målrettet psykiatriens opgaver og vilkår med afsæt i en involverende proces, der ligner den, der blev gennemført på det somatiske område
- nøje at overveje, hvor og hvordan listegennemgang og MDT-konferencer kan fungere som relevante og anvendelige redskaber i psykiatrien. Børne- og ungdomspsykiatrien fremstår umiddelbart relevant på baggrund af pilotafprøvningen, og tilsvarende bliver der i voksenpsykiatrien peget på de udgående ambulante teams og psykiatrisk skadestue som muligheder, der kan undersøges nærmere i fremtiden.

7.4 Afrunding

7.4.1 Begrænsninger i evalueringens datagrundlag

Situationen med covid-19-pandemien betyder, at arbejdet med pilotafprøvningerne – herunder særligt listegennemgang og afholdelse af tværsektorielle MDT-konferencer – ikke er nået så langt som forventet, da evalueringen blev designet og aftalt.

Det betyder, at datagrundlaget for evalueringens målgruppe- og aktivitetsanalyse ikke er muligt at anvende som afsæt for justering af den algoritme, der udvælger patienter til den daglige listegennemgang. Det har heller ikke været muligt at vurdere, hvorvidt afholdelse af MDT-konferencer har betydning for inkluderede patienters videre forløb og indlæggelser. Evalueringens konklusioner og anbefalinger hviler således primært på de kvalitative interviews, der er gennemført på de 10 pilotafdelinger. Derfor kan det overvejes at gentage de kvantitative analyser, der var lagt op til i evalueringen, på et senere tidspunkt, hvor pakkeforløbet er bedre konsolideret i den daglige praksis. En sådan analyse vil for det første kunne anvendes til at kvalificere de kriterier, der anvendes til at udvælge patienter til daglig listegennemgang – og herunder også, om der er behov for at anvende forskellige kriterier i forhold til, hvilke afdelinger og specialer der er tale om. Analysen vil for det andet kunne anvendes til at opnå viden om effekterne af listegennemgang og MDT-konferencer og derved kvalificere, hvorvidt anvendte ressourcer matcher de opnåede resultater.

7.4.2 Justeringer i pakkeforløbet forud for den videre udrulning

Evalueringens datagrundlag giver ikke anledning til at anbefale grundlæggende ændringer og justeringer af pakkeforløbets opbygning og indhold ud over de justeringer, der er gennemgået

i forhold til grupperne af somatiske pilotafdelinger ovenfor. Det skyldes, at pakkeforløbet overordnet fremstår relevant, samt at der er opbakning til de grundlæggende målsætninger og indholdselementer på de involverede somatiske pilotafdelinger.

Der bør dog være opmærksomhed på, at dette ikke nødvendigvis vil være tilfældet på alle de sengeafdelinger, hvor pakkeforløbet fremadrettet kan udrulles. Det vil derfor være vigtigt at afdække parathed og relevans på de nye afdelinger og specialer, der tænkes involveret fremover. Det fremstår for det første vigtigt at lave en reel vurdering af, hvorvidt der er behov at justere i indhold og enkeltelementer i forhold til de individuelle afsnit. For det andet kan det kræve flere ressourcer og mere ledelsesmæssig opmærksomhed at udrulle forløbet på afdelinger, der fx ikke har ansat tværsektorielle koordinatore, udskrivningskoordinatore og lignende, som kan fungere som nøglepersoner i implementeringen.

7.4.3 Pakkeforløbet som understøttelse af det tværsektorielle samarbejde om indlæggelse og udskrivning

Den oplevede relevans hænger bl.a. sammen med, at de fleste af pakkeforløbets enkelte elementer i udgangspunktet er kendte, samt at de afspejler de funktioner og arbejdsgange mv., der i forvejen er aftalt i forhold til tværsektoriel kommunikation og samarbejde ved indlæggelse og udskrivelse (jf. 6). De indgåede aftaler er imidlertid ofte svære at overholde fuldt ud i hospitaler og kommuners travle hverdag, ligesom det langt fra er alle hospitalsafdelinger, der har tværsektorielle koordinatore, udskrivningskoordinatore mv. på plads til at understøtte overgangene i patientforløbet, jf. fx (7-9).

Pakkeforløbet i Region Syddanmark er i første omgang forankret i hospitalsregi og formuleret med et fokus på at identificere og styrke indsatsen over for patienter med gentagne akutte kontakter. I et bredere perspektiv samler pakkeforløbet imidlertid en række af de ovennævnte tiltag i en samlet ramme, som – hvis den realiseres fuldt ud – har et potentiale for at understøtte det tværsektorielle samarbejde om sektorovergange. Det er VIVEs vurdering, at pakkeforløbet på sigt kan være med til at styrke efterlevelsen af de eksisterende aftaler for kommunikation og indlæggelse mere generelt.

Fremadrettet kan det også være relevant at undersøge mulighederne for at formulere et lignende pakkeforløb med et tværsektorielt fokus på indsatsen for patienter med gentagne akutte hospitalskontakter, samt hvilke tiltag og funktioner, der på tværs af de samlede patientforløb, kan styrke indsatsen for disse.

Litteratur

- 1) Region Syddanmark (2020): *Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser*. Vejle: Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark.
- 2) Region Syddanmark (2021): *Samarbejdsaftale om patientforløb*. <https://regionsyddanmark.dk/wm258038> (Siden er sidst opdateret 26-05-2021/tilgået 04.10.2021).
- 3) Madsen, M.H. & Williams Strandby, M. (2018): *Akutmodtagelserne i Danmark - Forudsætninger, udfordringer og fremtidige pejlemærker*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- 4) Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen & Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *De danske akutmodtagelser – status 2016*, København.
- 5) Brøcker, A., Christensen, I.E., Ladegaard Bro, L., Glent-Madsen, M. & Lund Tovgaard, S. (2013): *Kvalitet og mål i akutmodtagelser*. København, KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- 6) Brøcker, A. & Ladegaard Bro, L. (2013): *Ledelse af akutte patientforløb. Et projekt under Videnscenter for Velfærdsledelse*. København, KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- 7) Sandberg Buch, M., Boll Hansen, E. & Myhre Jørgensen, M. (2014): *Evaluering af Region Hovedstadens kommunikationsaftale for indlæggelse og udskrivning*. København, KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- 8) Holm-Petersen, C. & Sandberg Buch, M. (2012): *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland. Status på den foreløbige implementering*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- 9) Sandberg Buch, M., Jakobsen, M., Kolodziejczyk, C. & Ladekjær, E. (2016): *Evaluering af indsats for forløbskoordination - Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Bilag 1 Evalueringens design og gennemførelse

De tre hovedopgavers gennemførelse og datagrundlag uddybes i de følgende tre afsnit.

Interviewundersøgelse af ledere og medarbejderes perspektiver

Interviewundersøgelsen afdækker, hvordan de enkelte pilotafsnit har arbejdet med pakkeforløbet, hvilke faktorer der har fremmet eller hæmmet arbejdet, samt de oplevede resultater og perspektiver på det videre arbejde med udrulningen. Interviewene har desuden haft fokus på at afdække den oplevede relevans og anvendelighed samt de eventuelle faglige og patientrelaterede gevinster, som fagpersonerne oplever som følge af de nye initiativer.

Pilotafdelingernes erfaringer er afdækket via 13 gruppeinterviews med 48 ledere og medarbejdere. Interviewdeltagerne er udvalgt af pilotafprøvningens lokale tovholdere, og fokus har været at inkludere ledere og fagpersoner, der er direkte involveret i afprøvningen.

Fordelingen af interviews på afdelinger samt antal og type af interviewpersoner fremgår af Bilagstabel 1.1 og Bilagstabel 1.2.

Bilagstabel 1.1 Evalueringens interview fordelt på afdelinger⁶

	Direkte involverede fagpersoner	Implementeringsansvarlige ledere
FAM	Fire gruppeinterview	Et gruppeinterview
Medicinske afsnit	Fire gruppeinterview	Et gruppeinterview
Psykiatrien	To gruppeinterview	Et gruppeinterview

Bilagstabel 1.2 Evalueringens interviewdeltagere fordelt på afdelinger og type

	Fælles akutmodtagelse	Medicinsk afsnit	Psykiatrien
Odense Universitetshospital	2 ledere 1 medarbejder	<u>Geriatrisk sengeafsnit</u> 4 ledere 2 medarbejdere	<u>Børne og unge psykiatrien</u> 1 leder og 3 medarbejdere <u>Voksenpsykiatrien</u> 1 leder og 2 medarbejdere
Kolding	2 ledere 3 medarbejdere	<u>Geriatrisk sengeafsnit</u> 3 ledere 3 medarbejdere	
Esbjerg	3 ledere 3 medarbejdere	<u>Kardiologisk afdeling</u> 4 ledere 2 medarbejdere	
Sønderborg	1 leder 3 medarbejdere	<u>Medicinsk afdeling</u> 3 ledere 2 medarbejdere	
I alt	8 ledere 10 medarbejdere	14 ledere 9 medarbejdere	2 ledere 5 medarbejdere

⁶ I udgangspunktet var der også planlagt en række interviews med praktiserende læger og kommunale fagpersoner, som skulle afdække disse gruppers erfaringer og perspektiver på patienter, der har fået ydelser i pakkeforløbet. Vurderingen blandt de hospitalsansatte interviewdeltagere har imidlertid været, at pakkeforløbet bl.a. på grund af covid-19-pandemien primært har et internt fokus på pilotafdelingerne. Vurderingen på tværs af interviews har derfor været, at pakkeforløbets indsatser ikke er synlige for kommuner og almen praksis, hvorfor det er for tidligt at interviewe de eksterne samarbejdspartner. De planlagte interviews er derfor udgået af evalueringen.

Forud for de enkelte interview er der udsendt et informationsbrev til deltagerne, som beskriver formålet med evalueringen samt de temaer, interviewet fokuserer på. Interviewene har varet mellem 60 og 90 minutter, og der er anvendt en generisk semistruktureret interviewguide (fremgår af Bilag 2), som forud for de enkelte interviews er tilpasset deltagerne og den specifikke kontekst. Alle interviews er optaget digitalt, og der udarbejdet et udførligt referat af samtalerne, som efterfølgende er kondenseret i henhold til evalueringens fokusområder og anvendt som afsæt for citat og analyse.

Afsættet for analysen er de tre forskellige typer af afdelinger (psykiatri, akutmodtagelser og medicinske sengeafdelinger), der har indgået i pilotafprøvningen, og resultaterne er derfor formidlet i tre selvstændige kapitler. Af hensyn til informanternes anonymitet angiver vi typen af informant – fx læge, leder, udskrivningskoordinator – men uden at give mere detaljerede oplysninger om afdelingstilhørsforhold. I kapitlet om psykiatrien angiver vi ikke typen af informant, men de anvendte citater er bredt fordelt på tværs af interviewdeltagerne.

Målgruppebeskrivelse og opgørelse af aktiviteter

Metode og datagrundlag

Analysen bygger på registerdata fra to forskellige somatiske hospitalsafsnit i Region Syddanmark, der er med i projektet. De deltagende afdelinger er Geriatrik Afdeling på Odense Universitetshospital og Medicinske sygdomme på Sygehus Sønderjylland, mens de seks øvrige afdelinger ikke er registreret MDT og derfor ikke indgår i analysen. Inklusionsperioden er mellem 1. november 2020 og 31. maj 2021. Region Syddanmark har trukket data fra det patientadministrative system COSMIC, der bruges på de forskellige hospitaler i regionen. I samråd med VIVE har Region Syddanmark trukket følgende oplysninger til brug i analysen:

Patient-inklusionskriterier:

- Cpr-nr. på patienter, som optræder på lister udleveret til afdelingerne (dvs. patienter, som opfylder inklusionskriteriet om minimum 3 akutte sygehuskontakter inden for 182 dage (somatik)).

Hvert cpr-nr. kobles til oplysninger om:

- Dato for patientens optagelse på listen
- Sygehus og afdeling (som listen er udleveret til)
- Patientens køn
- Patientens alder ved optagelse på listen
- Somatik: MDT-konference (ja/nej) med angivelse af dato, hvis MDT-konference er gennemført
- Antal akutte sygehuskontakter i inklusionsperioden
- Antal sengedage i inklusionsperioden.

De specifikke koder, der er trukket, er i Region Syddanmarks journalsystem 'ZZ0190' (Tværfaglig konference) og 'ZZ0176' (Udarbejdelse af handlingsplan). Koderne er søgt i fire datasæt, som hedder Cosm_DM_genindl_6mdr_Geri, Cosm_EG_kont_skade og Cosm_EG_kont_indlagte.

Alle data er videregivet fra Region Syddanmark til VIVE efter gældende regler om overførsel af personhenførbare data mellem offentlige institutioner. VIVE har indberettet analysen under VIVEs paraplyordning ved Datatilsynet.

Analysen bygger på deskriptiv statistik, hvor gennemsnit, spredning (standard deviation) og procent (%) bruges til at beskrive patientkarakteristika.

Patienter og pårørendes perspektiver

Patient- og pårørendeerfaringer i relation til pakkeforløbet er undersøgt via 7 kvalitative interviews med patienter og pårørende, der i forbindelse med afprøvningen af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser enten har deltaget i en MDT-samtale omkring deres/deres pårørendes forløb eller har haft et forløb med særligt fokus på den trygge udskrivelse.

I interview med patienter, der har haft MDT-deltagelse som fokusindsats, har vi desuden spurgt om, hvad de oplever som en god og tryk udskrivelse. De har således ikke svaret på disse spørgsmål på baggrund af erfaringer fra en specifik indlæggelse, men på baggrund af generelle erfaringer med og overvejelser om, hvad en tryk udskrivelse vil sige. Hovedtemaerne for interviewene har været følgende (interviewguiden fremgår af Bilag 3):

- Din indlæggelse; baggrund for indlæggelsen, hvordan blev du indlagt, hvor længe var du indlagt.
- MDT-samtalen (hvis relevant); forberedelse, formål, deltagere, hvor fandt samtalen sted; din oplevelse af samtalen, hvad skete der; din rolle i samtalen, hvad blev der talt om; var der noget, der var svært; var der noget, der kunne have været bedre; hvad fik du ud af at deltage.
- Din udskrivelse; hvordan foregik udskrivelsen; samtale forud for udskrivelse – hvordan foregik det, hvad talte I om, hvem var med; plan for udskrivelse og forløbet herefter; manglede du noget i forbindelse med din udskrivelse; hvad er en god og tryk udskrivelse for dig.

Men da det er patienter, der er i pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser, har de alle en del erfaring med udskrivelser og har haft relevant input til emnet. De pårørende, der har deltaget i interview, har primært talt ud fra deres erfaringer som pårørende.

Rekruttering af interviewdeltagere

Interviewdeltagerne er rekrutteret via personale på hospitalsafdelingerne, der har udleveret informationsmateriale om undersøgelsen til relevante patienter og med patienternes samtykke viderebragt kontaktinformation til VIVE, hvis de har vist interesse for at deltage i interview. Interviewdeltagerne er efterfølgende kontaktet telefonisk af en VIVE-medarbejder for nærmere aftale om interview. På trods af en udvidet rekrutteringsperiode (medio marts til ultimo maj) har patientrekrutteringen været vanskelig af forskellige årsager. Dels fortæller personalet, at det i selve afprøvningen af pakkeforløbet til tider har været vanskeligt at identificere relevante patienter til at indgå i indsatsen, hvilket har gjort, at der ikke har været så mange patienter at rekruttere ud fra. Dels er flere af de specifikke indsætter i pakkeforløbet relativt implicite for patienterne, hvilket gør det svært at spørge til deres erfaringer med de mere implicite indsætter. En anden problematik, der har vanskeliggjort patientrekrutteringen, har været, at en stor del af de relevante patienter har været meget syge og derfor har haft svært ved at deltage i et interview. Den vanskelige interviewrekruttering har således ikke været forårsaget af manglende interesse for at deltage fra patienternes side – det har mere været et spørgsmål om vanskeligheder med at finde egnede patienter at spørge.

I den udvidede interviewperiode er det lykkedes at finde 5 patienter (og ikke som forventet 15 patienter) og 2 pårørende til interview fordelt på fire forskellige hospitalsafdelinger. Det er således et smalt datamateriale, der ikke kan tegnes tydelige mønstre eller drages generelle konklusioner på baggrund af. Det er dog et materiale, der kan bruges til at optegne nogle nuancer i patienter og pårørendes erfaringer med de specifikke indsatser.

Interviewenes gennemførelse og bearbejdning

Interviewene er foretaget ud fra en semistruktureret spørgeguide med en række specifikke spørgsmål under temaerne 'din indlæggelse', 'MDT-samtalen' og 'den trygge udskrivelse'. Under interviewene har der været opmærksomhed på også at forfølge emner, som informanten eventuelt selv har bragt på banen som vigtige i forløbet.

Interviewene er foretaget på telefon og er af cirka 30 minutters varighed (inden for spændvidden på 18-53 minutter). Den store variation i interviewlængde skyldes dels stor variation i, hvor meget interviewpersonerne havde at fortælle om emnet, dels at et par af patienterne af helbreds-mæssige årsager ikke kunne holde til at tale i længere tid. Det ene pårørendeinterview med fokus på MDT-samtale er foretaget, mens patienten stadig var indlagt. De resterende seks interviews er foretaget efter udskrivelsen – dog var en patient blevet indlagt igen; en anden var kommet på rehabiliteringsophold og en tredje kommet i et midlertidigt kommunalt botilbud på interviewtidspunktet. Patienterne er blevet oplyst om anvendelse af interviewene og om anonymitet.

Interviewene er optaget på diktafon, og der er skrevet et fyldigt referat. Interviewene er analyseret for mønstre og variationer i forhold til centrale emner, der er identificeret ved gennemlæsning og tematisk kodning af referaterne.

En oversigt over de interviewede patienter og pårørende findes i nedenstående skema.

Køn	Alder	Patientkategori	Format og tidspunkt for MDT-samtale	Andet indsatsområde
Mand	Ønskede ikke at oplyse sin alder	Sociale forhold medvirkende til indlæggelse	-	Den trygge udskrivelse
Kvinde	78 år	Dobbeltdiagnose	Deltog virtuelt i hjemmet sammen med hjemmesygeplejerske; samtalen fandt sted mellem indlæggelser	
Kvinde	56 år	-	Deltog virtuelt i hjemmet sammen med pårørende; samtalen foregik mellem indlæggelser	
Mand	54 år	Dobbeltdiagnose	Samtale foregik på en enestue under indlæggelse	
Mand	45 år	-	-	Den trygge udskrivelse
Kvinde	52 år	Pårørende til ældre og multisyg patient	Deltog virtuelt som pårørende, mens samtalen foregik på hospitalet, en visitator fra kommunen deltog via telefon Under patientens indlæggelse	
Kvinde	76 år	Pårørende til ældre og multisyg patient	Samtale foregik fysisk i hjemmet mellem indlæggelser	

Bilag 2 Guide: Pilotevaluering af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser ledere og medarbejdere

Kort om evalueringen

VIVE gennemfører en evaluering af pilotafprøvningen, der skal kvalificere den planlagte fulde udrulning af pakkeforløb for gentagne indlæggelser via tre hovedopgaver:

- En interviewundersøgelse med fagpersoner og ledere, der skaber viden om, hvordan pakkeforløbet som helhed – såvel som de specifikke indsatser – er modtaget, implementeret og forankret på de hospitalsafdelinger, der deltager i afprøvningsfasen, samt hvilke resultater og fremadrettede perspektiver der forbindes med indsatsen.
- En analyse, der via relevante data beskriver målgruppen af patienter, antallet og typer af forløb samt antal og typer af specifikke aktiviteter, der tilbydes/gennemføres i regi af pakkeforløbet.
- En interviewundersøgelse, der afdækker patienter og pårørendes perspektiver på de multidisciplinære teamkonferencer og øvrige indsatser, de modtager inden for rammerne af pakkeforløbet.

Interviewundersøgelse med fagpersoner og ledere på hospitalsafdelinger

Interviewundersøgelsen med fagpersoner og ledere består af gruppeinterview med involverede fagpersoner og ledere fra de afdelinger og afsnit, der indgår i pilotafprøvningen. Vi gennemfører i alt ca. 13 gruppeinterviews med medarbejdere og ledere fra hospitalsregi.

Interviewene skal belyse jeres arbejde og erfaringer med de tre overordnede indsatser:

- Dialogbaseret indlæggelse
- Indsats i front
- Den trygge udskrivelse.

Indledning

Hvilke elementer i pakkeforløbet har I arbejdet med på jeres afsnit?

I hvilket omfang var elementerne i pakkeforløbet nyt for jer/var der noget, I kendte og gjorde i forvejen?

Hvordan har I overordnet grebet afprøvningen an? Hvilke overordnede udfordringer/fremmere har der været for afprøvningen?

I hvilket omfang er I repræsentative for den brede kreds af medarbejdere, der på sigt skal arbejde med elementerne i pakkeforløbet/hvor bred en kreds af medarbejdere har indtil videre været involveret i afprøvningen?

Dialogbaseret indlæggelse (primært FAM)

Tværasektoriel koordinator...

Ny eller eksisterende funktion?

Hvordan er den forankret/praktiseret hos jer?

- Hvilke forhold har fremmet eller hæmmet det daglige arbejde med tværasektoriel koordinator?
- Oplevede resultater, relevans og fremadrettede potentialer?

Overblik over tilbud i kommune og almen praksis/alternativer til indlæggelse...

Hvad er nyt i forhold til eksisterende praksis? Hvordan er viden om tilbud samlet ind/hvordan gøres den tilgængelig ved?

- Anmodning om indlæggelse (alternative tilbud eller subakutte tider)?
- I forbindelse med udredning på FAM?
- Hvilke forhold har fremmet eller hæmmet det daglige arbejde med deelementet?
- Oplevede resultater, relevans og fremadrettede potentialer?
 - Relevans og praktisk anvendelighed.

Adgang til sub-akutte tider...

I hvor høj grad er det et nyt fokus for jeres afsnit?

Hvordan er opgaven grebet an – hvem, hvad, hvordan?

- Hvilke forhold har fremmet eller hæmmet det daglige arbejde med deelementet?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
 - Relevans og praktisk anvendelighed.

Adgang til speciallægerådgivning uden for almindelig dagtid

- I hvilket omfang er det nyt/kendt?
- Hvordan er det organiseret og afprøvet?
- Hvordan er det meldt ud til akutteams og vagtlæger?
- Hvilke (hvor mange konkrete) erfaringer har I gjort jer i forhold til anvendelse og udbytte?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
 - Relevans og praktisk anvendelighed.

Fast kontakt til kronikere

- I hvilket omfang er det nyt/kendt?
- Hvordan er det organiseret og afprøvet?
- Hvilke (hvor mange konkrete) erfaringer har I gjort jer i forhold til anvendelse og udbytte?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
 - Relevans og praktisk anvendelighed.

Indsats i front

Daglig gennemgang af lister for patienter med gentagne indlæggelser/akutte kontakter

- Hvordan er opgaven grebet an?
- Hvem har ansvaret for gennemgangen?
- Hvor mange – og hvor konkrete – erfaringer har I med listegennemgang?
- Hvor anvendelige/præcise er listerne i forhold til at fange de rette patienter?
- Hvilke muligheder har I for at handle i forhold til de patienter, der fanges via listerne (rettidighed og mulighed for at handle aktivt på de problemer, der leder til gentagne akutte kontakter)?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
 - Relevans og praktisk anvendelighed.

Afholdelse af multidisciplinær teamkonference (MDT)

- Er det tænkt som en handlemulighed i forhold til de patienter, der identificeres via listegennemgang – relevans og praktisk anvendelighed?
- Hvordan er opgaven grebet an?
- Hvem har ansvaret for at indkalde til MDT-konference?
- Hvor mange – og hvor konkrete – erfaringer har I med MDT-konference?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
 - Relevans og praktisk anvendelighed.

Den trygge udskrivelse (stationære afdelinger)

Tilknytning af udskrivelseskoordinator

- Hvordan er opgaven grebet an – i hvilket omfang er der tale om et nyt fokus/element?
- Hvordan placeres ansvaret/hos hvem?
- Hvor mange – og hvor konkrete – erfaringer har I med tilknytning af koordinator?
- Hvad gør/hvordan arbejder koordinator?
 - Med borger og pårørende?
 - Med kommunen – kommunale visitatorer?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
 - Relevans og praktisk anvendelighed – herunder også samspil med SAMBO etc.

Afholdelse af mål- og plansamtaler med patienter og pårørende

- Hvordan er opgaven grebet an – i hvilket omfang er der tale om et nyt fokus/element?
- Hvordan placeres ansvaret/hos hvem – er det fx lig med udskrivelseskoordinator?
- Hvor mange – og hvor konkrete – erfaringer har I med afholdelse af mål- og plansamtaler?
- Hvad foregår der på en mål- og plansamtale?
 - Med borger og pårørende?
 - Med kommunen – kommunale visitatorer?
- Hvilke gevinster og eventuelle udfordringer er forbundet med dette element?
 - Relevans og praktisk anvendelighed – herunder også samspil med SAMBO etc.

Pakkeforløbet samlet set og samspillet med SAMBO/øvrige rutiner og aftaler...

Forholdet mellem enkeltelementerne, vi har talt om ovenfor, og pakkeforløbet som helhed...

- Er det jeres oplevelse, at pakkeforløbet overordnet set bidrager/vil kunne bidrage til de ønskede resultater (tryggere indlæggelser og udskrivelser, færre akutte kontakter etc.)?
- Formidling – beskrivelsen af de samlede pakkeforløb, ledelsesmæssig forankring, kommunikation, hjælp og vejledning i forhold til afprøvning af delelementerne?
- Forskelle imellem typer af afdelinger, der er værd at være opmærksom på? – fx FAM vs. stationære sengeafdelinger?
- Er der enkeltelementer, der er mere relevante og anvendelige end andre?
- Opmærksomhedspunkter i forhold til udrulning fremadrettet?
- Jeres vigtigste læring og anbefalinger til det videre arbejde?

Vidensbehov i forhold til almen praksis og kommuner

- Har I nogle vidensbehov i forhold til almen praksis/kommuner i relation til pilotafprøvningen af pakkeforløbet?
 - Noget impact, I forventer – eller noget feedback på de elementer, der arbejdes med?
 - Samarbejde eller noget, I har behov for, for bedre at kunne indfri intentionerne bag pakkeforløbet?

Afrunding

Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om/pointere, der skal uddybes?

Har I spørgsmål til os?

Bilag 3 Spørgeguide til patienter – evaluering af pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

Introduktion	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tak fordi du vil deltage ○ Introduktion af projekt ○ Formål og anvendelse af data – optræde anonymt i rapport ○ Optage? Opbevaring af data på sikker server
Baggrund	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hvor gammel er du? ○ Hvilket sygehus/afdeling var du indlagt på?
Din indlæggelse [OBS – måske har patienterne ikke deltaget i MDT, i så fald spørg ind til følgende i stedet: <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan blev du informeret om den samtale, der havde været om din behandling og dit videre forløb? • Hvordan oplevede du, det var at få besked om din behandling og det videre forløb? • Følte du, at du blev inddraget/taget med i beslutningerne så meget, som du gerne ville? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kan du fortælle om, hvad der gik forud for din indlæggelse? ○ Hvordan blev du indlagt? ○ Hvor længe var du indlagt? ○ Var du med til samtaler om dit forløb, mens du var indlagt? [MDT] ○ Hvem var med ved samtalen? ○ Hvordan oplevede du samtalen? ○ Vidste du, hvad formålet med samtalen var? ○ Var du tryk ved at deltage? ○ Vidste du, hvad du skulle/hvad din rolle var til samtalen? ○ Sagde du noget? Hvis ja, hvad sagde du, og hvordan blev det modtaget? Hvis nej, hvorfor ikke? ○ Var der noget, der var svært ved at være med til samtalen? ○ Hvad fik du ud af at være med til samtalen? ○ Er der noget, du synes kunne være bedre i den måde, samtalen foregår på? ○ Er der noget, du synes kunne være bedre i den måde, du blev informeret om din behandling og de beslutninger, der blev truffet om behandlingen?
Din udskrivelse	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan oplevede du din udskrivelse fra hospitalet? Hvordan foregik det? Hvem var der? [OBS – deltog udskrivelseskoordinatoren, der var med til MDT?] ○ Havde du pårørende med? ○ Havde du en samtale med personalet på hospitalet i forbindelse med din udskrivelse? Hvordan foregik det? Hvad talte I om? Hvordan var det at være med? Klædte samtalen dig på til at komme hjem? ○ Var der en plan for, hvad der skulle ske, når du kom hjem? Var det en god plan i dine øjne? ○ Ved du, hvem du skal kontakte, hvis du bliver i tvivl om noget omkring din plan? ○ Er der noget, du manglede i forbindelse med din udskrivelse? ○ Hvad er den gode og trygge udskrivelse for dig? ○ Afrunding: Er der noget, vi mangler at snakke om – noget du gerne vil tilføje?

Bilag 4 Psykiatridelingernes listepatienter

Bilagstabel 4.1 Karakteristika for psykiatridelingernes listepatienter opgjort for perioden 1. november 2020 til 31. maj 2021

	Patienter, som opfylder inklusionskriterier (dvs. patienter, som optræder på lister)	Patienter, som opfylder inklusionskriterier (dvs. patienter, som optræder på lister)
	Voksne	Børn og unge
Køn		
Kvinder (antal)	109	23
Mænd (antal)	94	
I alt	203	23
Kvinder (%)	53,7 %	100,0 %
Mænd (%)	46,3 %	0,0 %
Gennemsnitlig alder ved optagelse på liste	44 år	16 år
Gennemsnitligt antal akutte kontakter	1,56	1,51
Gennemsnitligt antal sengedage	11,9	12,37

Kilde: Region Syddanmark.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD