Analyse af genindlæggelser i psykiatrien og tværsektorielt samarbejde

- Afsluttende rapport

Juni 2019

DEFACTUM

Analyse af genindlæggelser i psykiatrien og tværsektorielt samarbejde
Afsluttende rapport

Forfattere: Marianne S. Balleby og Kirsten Overgaard, DEFACTUM
Bidrag til data fra Region Midtjylland: Jonas Eeg Madsen, Koncern Kvalitet og Thomas Kure Jepsen, Psykiatri og Social
Bidrag til referat mv.: Ditte Marie Nørmark Andersen, praktikant i DEFACTUM

Kontakt:
Specialkonsulent Kirsten Overgaard
E-mail: kirove@rm.dk
DEFACTUM, Koncern Kvalitet
Region Midtjylland
Olof Palmes Alle 15
8200 Aarhus N

Hjemmeside: www.defactum.dk
DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, juni 2019

Indholdsfortegnelse

1 Indledning 5

1.1 Baggrund og formål med analysen 5

1.2 Resumé og anbefalinger 6

2 Patienter med uhensigtsmæssige indlæggelser 9

2.1 Afgrænsning 9

2.2 Om de fire patientcases i casebaseret audit 10

3 Fokus på recovery 12

4 En fælles opgave 15

5 En fælles plan 18

6 Viden om en patients indlæggelser og om muligheder for forebyggelse 21

Bilag 1: Om kvantitativ audit, trin 1 24

Bilag 2: Om casebaseret audit, trin 2 28

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål med analysen

Psykiatri- og socialudvalget i Region Midtjylland har ønsket en analyse vedrørende genindlæggelser og tværsektorielt samarbejde i psykiatrien. Kommunerne i den midtjyske region har bidraget til finansieringen og bakker op om analysen i regi af det kommunale sundhedssamarbejde (KOSU). Analysens anbefalinger retter sig mod disse fora samt mod Alliancen om den nære psykiatri, et samarbejde mellem de 19 midtjyske kommuner, Region Midtjylland, PLO-Midtjylland samt bruger- og pårørendeorganisationer inden for psykiatrien.

Analysen skal bidrage med overblik over feltet af patienter, der har hyppige og gentagne akutte indlæggelser og genindlæggelser i voksenpsykiatrien i Region Midtjylland med henblik på at kunne afdække årsager til, hvorfor nogle patienter har hyppige og gentagne akutte indlæggelser, og om disse kunne have været undgået ved et bedre tværsektorielt samarbejde.

Formålet med analysen er således at kunne bidrage med anbefalinger til:

- Hvilke typer af hyppige og gentagne akutte indlæggelser kan reduceres, hvis region, kommune og almen praksis arbejder bedre sammen?
- Hvordan kan det tværsektorielle samarbejde understøttes?

Analysen er gennemført i to trin, hvor det første trin var en kvantitativ analyse baseret på data fra Region Midtjylland vedr. genindlæggelser.[1] Den kvantitative del af analysen, der foregik i efteråret 2018, bidrog til et overblik over feltet af patienter og til designet af analysens andet og kvalitative trin, en casebaseret audit. I trin 2 blev fire udvalgte patientforløb auditeret på to auditmøder, som blev holdt i foråret 2019. DEFACTUM i Koncern Kvalitet i Region Midtjylland har varetaget analysen, der sætter fokus på kvaliteten af den samlede indsats over for patienter med hyppige og gentagne akutte indlæggelser. DEFACTUM har inddraget en række fagpersoner i analysen fra Region Midtjylland, kommuner i den midtjyske region, almen praksis og brugerorganisationer.[2]

[1] En akut psykiatrisk genindlæggelse defineres ud fra følgende kriterier (Sundhedsdatastyrelsen (2017): "Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen"):

- Indlæggelsen finder sted tidligst 4 timer og inden 30 dage efter udskrivningen fra den foregående indlæggelse
- Indlæggelsen starter akut
- Patienten må på tidspunktet for indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose

Analysens trin 1 har omfattet såvel genindlæggelser efter denne definition og akutte indlæggelser, det vil sige indlæggelser, som finder sted 30 eller flere dage efter den foregående indlæggelse.

[2] I bilag 1 og 2 beskrives deltagere, sagsmateriale og fremgangsmåde for analysens to trin.

1.2 Resumé og anbefalinger

Forebyggelse af indlæggelser i psykiatrien gennem et bedre tværsektorielt samarbejde

De involverede fagpersoner har bakket op om analysens fokus og relevans og bekræftet, at der er uhensigtsmæssige genindlæggelser, som vil kunne forebygges gennem et forbedret tværsektorielt samarbejde.

Det tværsektorielle samarbejde har betydning for kvaliteten af patientens forløb samlet set og for forebyggelsen af genindlæggelser i psykiatrien. Den kvalitative del af analysen har omfattet patienter med skizofreni og yngre patienter med personlighedsforstyrrelse, som også har selvskadeproblematikker, men de involverede fagpersonernes vurdering er, at der er mange typer af patienter, hvor indlæggelser ikke er hensigtsmæssige og kan forebygges ved et bedre tværsektorielt samarbejde, blandt andre patienter med misbrug (dobbeltdiagnose), patienter med social indikation og ældre patienter, hvor netværket er faldet bort.

Nedenfor præsenteres analysens temaer og anbefalinger vedrørende forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser gennem et forbedret tværsektorielt samarbejde.

Fokus på recovery

I den casebaserede audit fremhævedes den udfordring, at der er mange fagpersoner involveret i den enkelte patients forløb. Analysen peger på det paradoks, at patienter med massive udfordringer, der ud over psykiatriske problemstillinger kan være af social, kognitiv og helbredsmæssig karakter, forventes at kunne navigere mellem forskellige fagpersoner og instanser og koordinere imellem dem.

Analysen peger endvidere på, at fagpersoner bør holde sig for øje, at en psykiatrisk indlæggelse bør være en lille del af patientens samlede liv. Patientens private netværk, frivillige organisationer, forskellige former for beskæftigelse og andre kontakter bør være en del af patienternes forløb, og peer-medarbejdere kan være med til at understøtte et helhedsorienteret blik på patienternes liv. Forebyggelse af indlæggelser kræver, at blikket rettes mod hele patientens liv, og at der sættes ind med en tidlig indsats, så problemerne ikke forværres som set i de gennemgåede patientcases. Det pointeredes, at patienten skal støttes i at inddrage sit private netværk - i det omfang patienten ønsker det.

Det efterspørges endvidere, at patienten inddrages i samtalen om, hvordan indlæggelserne kan forebygges. Patientinddragelse skal forstås bredt. Frem for kun at handle om at imødekomme patientens ønsker, drejer det sig om den form for samtale, fagpersoner har med patienten, hvor der tages hensyn til patientens hele liv og udfordringer – så den enkeltes recoveryproces understøttes og patienten kan føre en så selvstændig tilværelse som muligt.

1. Det anbefales at understøtte patienten i kontakten med eget private netværk og, hvis det er muligt og hensigtsmæssigt, motivere patienten til, at netværket må involveres, blandt andet gennem netværksmøder.

2. Det anbefales, at der arbejdes kontinuerligt med patientinddragelse i et recoveryperspektiv. Fagpersoner skal lytte til patienten (borgeren), tage afsæt i vedkommendes ønsker, håb og drømme, men fagpersonerne skal også anvende deres viden om patientens udfordringer og indlæggelser i psykiatrien til en dialog med patienten om, hvilken hjælp der skal til for, at de uhensigtsmæssige indlæggelser undgås, og patienten kan komme tættere på at leve det liv, vedkommende ønsker.

En fælles opgave

Analysen viser, at fragmenteringen af indsatserne skal modvirkes ved, at de professionelle parter træder sammen, og at patienten får få kontinuerlige relationer blandt de involverede fagpersoner. Den ambulante del af psykiatrien bør spille en tydeligere og mere gennemgående rolle for patienten. Uhensigtsmæssige genindlæggelser vil desuden kunne forebygges med en øget social indsats, som bør kunne intensiveres ved behov, også i aften- og nattetimerne. Psykiatrien bør støtte op om den kommunale (og botilbuddenes) indsats med handleanvisende viden på patientniveau og bidrage til koordinerede forløb på overordnet niveau i erkendelsen af, at det er en fælles opgave at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

3. Det anbefales at undersøge, hvorvidt den kommunale støtte i aften-nattetimerne i højere grad kan bidrage til at skabe øget tryghed hos patienter, der ellers vil have tendens til at opsøge psykiatrien, og som ikke har brug for psykiatrisk behandling. Det anbefales endvidere at undersøge muligheder for, hvordan psykiatrien kan understøtte vidensdeling og koordinerede forløb for eksempel gennem undervisning, rådgivning og samarbejdsmøder på overordnet niveau og klare koordinerede planer på patientniveau mellem behandlingspsykiatri og de sociale (bo)tilbud.

En fælles plan

Det tætte samarbejde om patienter, som hyppigt indlægges, skal understøttes af koordinerede planer, som er fælles mellem behandlingspsykiatrien, de kommunale parter, botilbud mv. Analysen fremhæver, at redskaberne til en fælles koordineret plan allerede findes i form af udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner, og at det vigtige ikke er planens præcise udformning, men at der bliver indgået aftaler på patientniveau, så aktørerne får afstemt indsatserne i et tæt samarbejde.

For hver patient skal overvejes, hvem der skal indgå i den fælles plan og samarbejdet om at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser i psykiatrien. I forløb med svær selvskade kan det blandt andet dreje sig om politi, akutafdeling, vagtlæge og almen praksis. I patientcasene, der indgik i audit, var inddragelsen af den alment praktiserende læge minimal. Analysen viser, at patientens egen læge, som repræsenterer en kontinuitet i patientens liv i forhold til patientens samlede sundhedstilstand, bør inddrages i forebyggelsen af genindlæggelser.

4. Det anbefales, at der udformes en samlet tværsektoriel plan med handleanvisninger for, hvem der gør hvad i forhold til eventuel krisesituation og at planen udformes ud fra eksisterende muligheder som eksempelvis udskrivningsaftale, koordinationsplan eller koordinerende indsatsplan. Det anbefales, at det tværsektorielle samarbejde foregår kontinuerligt, så de faglige indsatser udføres samstemt, og at de relevante parter inddrages, herunder eksempelvis også patientens egen læge, vagtlæge, politi og akutafdeling.

5. Det anbefales, at det afklares, hvordan den alment praktiserende læge kan spille en større rolle i forebyggelsen af uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Viden om en patients indlæggelser og om muligheder for forebyggelse

I patientcasene var der flere eksempler på manglende videndeling om patientens indlæggelser. Analysen peger på, at der bør stoppes op i patientforløb med mange genindlæggelser, så det kan vurderes tværfagligt og tværsektorielt, hvorvidt genindlæggelserne er uhensigtsmæssige, hvad de i givet fald er et udtryk for, og hvordan man vil kunne hjælpe patienten på andre måder end ved indlæggelse.

En stor del af analysen om genindlæggelser og tværsektorielt samarbejde handler om, hvordan de rigtige personer og faglige aktører får adgang til viden om den enkelte patients forløb som grundlag for at kunne bidrage til forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser. Analysen udpeger mangler i de elektroniske kommunikationsmuligheder på psykiatriområdet.

Der efterspørges øget videndeling gennem netværksmøder, så fagpersonerne og patienten kan mødes om en fælles plan og for at afstemme indsatserne med henblik på at forbedre patientens samlede forløb og hermed undgå uhensigtsmæssige indlæggelser. Det er centralt, at der på ledelsesniveau etableres rammer for fælles planer og samarbejde, som gør det muligt, at de relevante parter kan bidrage på tværs og bruge ressourcerne på bedst mulige vis til gavn for patienten.

6. Det anbefales, at der i situationer med mange uhensigtsmæssige genindlæggelser stoppes op og samles viden med henblik på at overveje, hvordan de samlede ressourcer bruges bedst, og om der tilbydes det, patienten har brug for. Det er vigtigt, at man i den forbindelse ser på patientens samlede liv og i fællesskab sammensætter en individuel tilrettelagt indsats ud fra patientens behov. Dette kræver ledelsesunderstøttelse, og derfor anbefales det, at der i lokale samarbejdsfora laves konkrete aftaler om spilleregler for samarbejdet, samt at der, hvor det er relevant, indgås aftaler om principper for samarbejdet i klyngerne.

7. Det anbefales, at de IT-teknologiske udfordringer med tværsektoriel kommunikation på psykiatriområdet, bl.a. i regi af MedCom, løses.

2 Patienter med uhensigtsmæssige indlæggelser

2.1 Afgrænsning

Analysen handler om, hvilke typer af hyppige og gentagne akutte indlæggelser, der vil kunne reduceres, hvis region, kommune og almen praksis arbejder bedre sammen samt, hvordan det tværsektorielle samarbejde kan understøttes.

Analysen er foregået i to trin. Det første trin var at få et overblik over regionale data i relation til genindlæggelser og ud fra dette overblik at designe et casebaseret auditforløb, hvor gennemgangen af fire patientcases gav mulighed for analyse af indsatserne på tværs af sektorer og det tværsektorielle samarbejde.

Analysen i trin 1 (2017-data) viste, at en forholdsvis lille gruppe af patienter havde mange og gentagne akutte indlæggelser. Af en gruppe på 4.673 unikke patienter havde 70 unikke patienter 11 eller flere indlæggelsesforløb i 2017. Langt de fleste patienter (83 pct.) havde 1-2 indlæggelsesforløb (3.853 ud af 4.673). Analysen viste endvidere, at halvdelen af de akutte indlæggelser og en endnu større del af de indlæggelser, som skete inden for 30 dage efter den foregående indlæggelse (og dermed kan defineres som en genindlæggelse), var korte indlæggelser af 0-3 dages varighed. Herudover viste analysen, at patienter med en skizofrenidiagnose og diagnosen personlighedsforstyrrelse var de grupper af patienter, som havde flest hyppige gentagne akutte indlæggelser.[3]

Det blev i analysens trin 1 derfor besluttet, at fokus for den casebaserede audit skulle være på patientgrupper, som havde hyppige og gentagne akutte indlæggelser af 0-3 dages varighed og med diagnosegrupperne skizofreni og personlighedsforstyrrelse. Indlæggelserne skulle af fagpersonerne vurderes som uhensigtsmæssige for patienten. Det blev valgt at frasortere patienter med dom til behandling, da disse vurderedes at have særskilte problematikker, som vanskeliggjorde en samlet vurdering af forløb med hyppige akutte indlæggelser.[4]

Analysens trin 2 afgrænsede sig til patienter med hyppige akutte indlæggelser, som fagpersonerne, der havde patienten indlagt, vurderede uhensigtsmæssige. Analysen forholder sig således ikke til eventuelle patientforløb med *relevante* hyppige akutte indlæggelser.

Patientforløb hvor uhensigtsmæssige genindlæggelser hænger sammen med mangler i det tværsektorielle samarbejde

Fagpersonerne fra de forskellige sektorer, som bidrog til analysens trin 1 og 2 fandt analysens fokus relevant og bekræftede, at der *er* uhensigtsmæssige genindlæggelser, som kan forebygges gennem et forbedret tværsektorielt samarbejde. De deltagende

[3] Se beskrivelse af den kvantitative audit i bilag 1.
[4] Alle inklusionskriterierne fremgår af bilag 1.

fagpersoner pointerede også, at nogle genindlæggelser ikke skal forebygges, da de kan være nødvendige for patientens behandling og recovery.

Panelerne udpegede følgende grupper eller typer af patienter, der kan opleve uhensigtsmæssige indlæggelser, som vil kunne forebygges med et bedre tværsektorielt samarbejde:

- Patienter med lav kognitiv funktionsevne,
- patienter med selvskadeproblematikker,
- patienter med misbrug,
- patienter med bipolar lidelse uden sygdomserkendelse og deraf følgende medicinsvigt,
- patienter som indlægges med social indikation eller overgang mellem boformer,
- patienter med autisme i affekt og
- angste ældre patienter med medicinsvigt, hvor netværket er faldet bort.

2.2 Om de fire patientcases i casebaseret audit

De fire patientsager i casebaseret audit repræsenterede typer af forløb, som de to auditpaneler genkendte som forløb, hvor indlæggelserne i mange tilfælde ikke er gavnlige. To af patienterne havde en skizofrenidiagnose og to var yngre patienter med personlighedsforstyrrelse, hvis forløb bar præg af voldsom og gentagen selvskade. På hvert auditmøde blev gennemgået to patientsager, en hvor patienten havde en skizofrenidiagnose og en sag, hvor diagnosen var personlighedsforstyrrelse. Fagpersonerne anså disse typer af patienter som genkendelige i forhold til hyppige genindlæggelser, hvilket bekræfter analysens kvantitative opgørelser, hvoraf fremgår, at disse også er de største diagnosegrupper, hvor der ses genindlæggelser i psykiatrien.[5]

De to patienter med skizofreni blev eller lod sig hyppigt indlægge i aften- og nattetimer, den ene på grund af mistrivsel, misbrug og sociale problemstillinger, den anden hovedsageligt på grund af utryghed, depressive symptomer og tanker om selvskade og selvmord. En patient boede i botilbud (med få timers bemanding i dagtimer) og fik hjælp fra hjemmeplejen til medicinadministration. Den anden patient havde tidligere boet på botilbud, men var nu flyttet i eget hjem med få timers kommunal bostøtte om ugen. Begge var i ambulante forløb i regionspsykiatrien. Patienterne blev ofte vurderet habituelle under indlæggelserne, som varede kort. Paneldeltagerne vurderede, at der frem for indlæggelser var brug for helhedsorienterede socialfaglige indsatser med hensyntagen til patienternes kognitive funktionsevne.

De to andre patienters forløb bar som nævnt præg af voldsom og gentagen selvskade. Den ene patient havde mange korte indlæggelser i det beskrevne forløb, som ofte fandt sted i aften- og nattetimer, mens den anden var langvarigt indlagt i de to-tre måneder, som analysen omfattede. Også disse to patienter var i ambulante forløb i

[5] Se bilag 1.

regionspsykiatrien. Den ene af de unge patienter flyttede i den undersøgte periode til et kommunalt botilbud, den anden blev i perioden visiteret til et botilbud og ventede på plads der. Begge auditpaneler vurderede, at for mange af de selvskadende patienter er indlæggelse ikke hjælpsomt, hverken mange korte eller en lang indlæggelse, da ophold i behandlingspsykiatrien hæmmer de unge patienter i at tage kontrol over egen tilværelse. I mange tilfælde vil indlæggelserne imidlertid være nødvendige af hensyn til patientens og andres sikkerhed. Auditpanelerne pegede på, at forebyggelsen bør ske tidligt i de unges liv, så selvskaden ikke eskalerer. Når forværringen er sket og indlæggelser spiller en stor rolle i de unge menneskers liv, bør aktørerne på tværs af sektorer træde sammen og løfte opgaven i fællesskab. Mindsettet må ændres fra at skubbe patienterne mellem sektorerne til at se det som en fælles opgave, der bør være en samlet målrettet plan for den *fælles* opgave, og der bør handles proaktivt i stedet for med reaktiv brandslukning.

3 Fokus på recovery

Hensyn til patientens udfordringer

Gennemgangene af patientcasene på de to auditmøder viste, at der var mange fagpersoner og aktører involveret i patienternes liv, særligt i forbindelse med behandlingen i psykiatrien. Auditpanelerne konstaterede, at dette ikke er hensigtsmæssigt i forhold til patientens relationer og oplevelse af kontinuitet. Patienter med hyppige genindlæggelser vil ofte have mange udfordringer, som giver problemer med overblik. Der sås enkeltstående forsøg på koordinering i materialet, eksempelvis at en ambulant behandler i psykiatrien kontaktede patientens botilbud for at minde medarbejderne om patientens tid i klinikken, men deltagerne i auditpanelerne så et behov for, at parterne på tværs af sektorer bidrager mere konsekvent til koordinering mellem psykiatrien og de kommunale aktører (eller det eventuelle regionale botilbud).

Analysen peger på det paradoks, at patienter med massive udfordringer, der ud over de psykiatriske problemstillinger kan være af social, kognitiv og helbredsmæssig karakter, i høj grad forventes at kunne navigere mellem forskellige fagpersoner og instanser og koordinere imellem dem.

Indlæggelser bør være en lille del af livet

Paneldeltagerne så en risiko for, at patienter søger tryghed i indlæggelser, og at psykiatrien på den måde kan komme til at tage for meget over og dermed utilsigtet kan komme til at modvirke patienternes selvstændighed og recovery. Deltagernes perspektiv var, at indlæggelser kun bør være "parenteser" i patientens liv. Kommunen, som er involveret i flere områder af patientens liv, bør være inddraget også i de perioder, hvor patienten er indlagt. Der blev i gennemgangen af de fire patientcases efterspurgt en tydeligere kommunal indsats og mere aktiv rolle fra myndighedsssagsbehandlers side.

Brugerstyrede senge

Panelerne drøftede anvendelse af brugerstyrede senge, og vurderede, at disse kan være en hjælp for nogle patienter. I gennemgangen af en patientcase, hvor patienten blev indlagt på grund af svær selvskade, drøftede auditpanelet, at det næsten fremstod som om, at patienten "kvalificerede" sig til indlæggelse gennem tiltagende selvskade. Panelet fandt, at en aftale om en brugerstyret seng kunne være en fordel for denne patient, mens det for andre patienter ikke vil være det. Med en aftale om en brugerstyret seng kan patienten komme ind på hospitalet, før patienten bliver meget syg, og kan dermed have et kortere indlæggelsesforløb. I andre tilfælde kan en brugerstyret seng fungere som en tryghedsskabende forsikring, hvis den psykiske sygdom skulle forværres, også uden, at patienten gør brug af muligheden. Der blev imidlertid også peget på risikoen hos nogle patienter for, at den brugerstyrede seng kan bidrage til, at indlæggelse bliver patientens primære mestringsstrategi, selv om det måske ikke er det, patienten har brug for. En aftale om en brugerstyret seng skal

således bero på en konkret og individuel vurdering af, om en brugerstyret seng vil være til gavn for patienten.

Et helhedsorienteret blik

I en af patientcasene, hvor patienten på grund af svær selvskade var langvarigt indlagt, vurderede panelet, at indlæggelsen ikke var gavnlig for patientens recovery, men at den var nødvendig på grund af faren ved at udskrive patienten. Panelet ville for denne patient ønske, at der havde været sat ind tidligere, så selvskaden ikke var eskaleret i dette omfang. Nu, hvor forværringen var sket, vurderede panelet, at patienten skulle hjælpes ud af indlæggelsen i psykiatrien, og at kommunen skulle bidrage til denne proces med omfattende støtte i forhold til bolig, netværk og beskæftigelse. Panelet konstaterede, at patientens langvarige indlæggelse gradvist fjernede patienten fra livet uden for psykiatrien, blandt andet mistede den unge patient under indlæggelsen kontakten til vennekredsen, og panelet vurderede, at personalet burde have støttet og inddraget det private netværk mere. Panelet efterspurgte et større fokus fra både psykiatrien og kommunen på patientens liv uden for psykiatrien. Kun jobcentret syntes at fastholde fokus på patientens ressourcer, en tidligere gennemført uddannelse og patientens muligheder for fremtiden. Patientens private netværk, frivillige organisationer, forskellige former for beskæftigelse og andre kontakter bør være en del af patienternes forløb. Et panel foreslog en øgning i ansættelsen af peer-medarbejdere, som kan være med til at understøtte et helhedsorienteret blik på patienternes liv.

Det bør ifølge auditpanelerne være naturligt og uomgængeligt at inddrage det private netværk omkring patienten. Det blev anset for positivt, at psykiatrien i en patientcase samarbejdede med den nærmeste pårørende om at forebygge indlæggelser, når patienten blev utryg i hjemmet, men samarbejdet kom dog sent i gang. I en anden case blev de pårørende overvejet inddraget i det ambulante forløb i psykiatrien, men først mere end 10 samtaler henne i forløbet. Inddragelse af det private netværk skal naturligvis ske ud fra patientens ønsker og behov, påpegede paneldeltagerne. Det er ikke altid, patienten ønsker denne inddragelse, men deltagerne drøftede nødvendigheden af, at de professionelle søger at motivere patienten til dette samarbejde, da de pårørende kan spille en rolle i forebyggelsen af genindlæggelser. Desuden kan pårørende selv have behov for hjælp og støtte.

Analysen pointerer, at fagpersoner skal holde sig for øje, at de kun bidrager til en lille del af patientens liv, og at en psykiatrisk patients liv er meget mere end de professionelle hjælpesystemer. Forebyggelse af hyppige indlæggelser kræver, at blikket rettes mod hele patientens liv.

Samtalen med patienten

Auditpanelerne savnede, at fagpersonerne i højere grad, end det så ud til i de fire patientcases, talte med patienterne om, hvordan genindlæggelserne kunne forebygges. Der blev talt med patienterne, og i flere tilfælde blev de involveret i deres egen behandling og støtte, men på det overordnede plan blev der ikke taget hensyn til

patienternes livssituation og udfordringer – og der blev ikke talt med patienterne herom. I forbindelse med en af patientcasene undrede panelet sig over, at der tilsyneladende ikke blev talt med patienten om patientens voldsomme selvmordsforsøg og selvskadeepisoder og en plan for, hvordan patienten skulle undgå forværring af sygdom og impulser i forhold til selvskade og selvmord.

For alle patienter gælder det om at hjælpe patienten ud fra de ressourcer, patienten er i besiddelse af. Deltagerne i auditpanelerne kom ind på, at man ikke kan inddrage patienter for meget. Det er en uomgængelig del af enhver behandlings- og recoveryindsats, at patienten inddrages i beslutninger om eget liv. Deltagerne påpegede dog, at reel inddragelse ikke blot handler om at gøre, hvad patienten ønsker, men at bruge disse ønsker på en faglig måde og med et rehabiliterende sigte. Et panel hæftede sig ved, at ingen syntes at tale med en af patienterne om vedkommendes ønske om at flytte i egen bolig. Panelet efterspurgte en dialog med patienten om, hvordan patienten gerne ville bo og om patientens behov for støtte, så der kunne lægges en plan sammen med patienten og arbejdes ud fra dette. Panelets vurdering var, at patienten var for udfordret, blandt andet kognitivt, til at kunne bo i egen bolig og så gerne en faglig forholden sig hertil, samt at nogen talte med patienten herom, så der kunne tages de rette hensyn til patienten og de hyppige indlæggelser kunne undgås.

I stedet for blot at være imødekommende og følge patientens ønsker må fagpersonerne hjælpe patienten med at bryde ønskerne ned i mindre dele og udfordre patienten i forhold til temaer, som patienten har svært ved at forholde sig til. Patienten skal hjælpes med at yde indflydelse ud fra vedkommendes situation og udfordringer.

Patientinddragelse skal således forstås bredt. Frem for kun at handle om at imødekomme patientens ønsker drejer det sig om den form for samtale, fagpersoner har med patienten, hvor der tages hensyn til patientens hele liv og udfordringer – så den enkeltes recoveryproces understøttes og patienten kan føre en så selvstændig tilværelse som muligt.

I forhold til forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien kan på baggrund af analysen fremsættes følgende anbefalinger:

1. Det anbefales at understøtte patienten i kontakten med eget private netværk og, hvis det er muligt og hensigtsmæssigt, motivere patienten til, at netværket må involveres, blandt andet gennem netværksmøder.

2. Det anbefales, at der arbejdes kontinuerligt med patientinddragelse i et recoveryperspektiv. Fagpersoner skal lytte til patienten (borgeren), tage afsæt i vedkommendes ønsker, håb og drømme, men fagpersonerne skal også anvende deres viden om patientens udfordringer og indlæggelser i psykiatrien til en dialog med patienten om, hvilken hjælp der skal til for, at de uhensigtsmæssige indlæggelser undgås, og patienten kan komme tættere på at leve det liv, vedkommende ønsker.

4 En fælles opgave

Fragmenterede indsatser

Auditpanelerne noterede sig, at der var et stort antal aktører og fagpersoner involveret i patienternes forløb, herunder i forbindelse med indlæggelserne i psykiatrien. Det blev påpeget, at dette vanskeliggør opbygningen af relationer til patienten og kontinuiteten i samarbejdet mellem fagpersoner, hvorved indsatserne bliver fragmenterede. Det blev på auditmøderne foreslået, at den ambulante psykiatri spiller en tydeligere og mere gennemgående rolle i patientforløb med mange indlæggelser. Psykiatrien skal i højere grad "komme ud af matriklen" og bidrage med en udgående indsats. Der blev i den forbindelse efterspurgt en tættere opfølgning fra distriktspsykiatrien i kritiske perioder, blandt andet efter en indlæggelse. Behandling og støtte skal tilpasses den enkelte patient, så patienten hjælpes på den måde, det fungerer bedst.

Panelerne efterspurgte en øget og mere fleksibel kommunal indsats, så den eller de personer, patienten har en god relation til, har mulighed for at støtte patienten mere intensivt i kritiske situationer. I gennemgangen af patientcasene vurderede deltagerne i auditpanelerne, at patienterne for ofte lod sig indlægge på grund af utryghed, behov for omsorg, kontakt og praktisk hjælp, som de sociale indsatser omkring borgeren ikke syntes at imødekomme.

For mange patienter vil det være en fordel at blive i eget hjem eller i botilbuddet i de kendte relationer frem for at blive indlagt, men disse overvejelser syntes der ifølge deltagerne ikke at være tilstrækkeligt fokus på i de gennemgåede sager. Når patienten er indlagt, bør de kommunale støttepersoner fastholde kontakten, hvilket paneldeltagerne heller ikke så eksempler på i materialet. I de gennemgåede patientsager var der heller ikke tilstrækkelig støtte til patienterne efter udskrivelse fra psykiatrien. Der blev således peget på, at personale i et botilbud, bostøtter eller mentorer, som kender den enkelte patient, spiller en vigtig rolle ift. at afhjælpe tilspidsede situationer i ydertimerne, og kan være med til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser. Det blev konstateret med beklagelse, at bostøtteindsatsen generelt er skåret ned, og at den kommunale bostøtte ikke kan varetage besøg i aften- og nattetimerne. Der blev peget på, at den kommunale hjemmesygepleje også kunne påtage sig sådanne besøg, hvis den blev klædt på til opgaven. Paneldeltagerne drøftede de forskellige udformninger af kommunale akutpladser, da de i nogle tilfælde kan være et alternativ til indlæggelse.

Analysen viser således, at uhensigtsmæssige genindlæggelser vil kunne forebygges med en øget social indsats, som intensiveres ved behov, en styrkelse af den ambulante del af psykiatrien samt nedbringelse af fragmenteringen ved, at de professionelle parter træder sammen og borgeren får få og kontinuerlige relationer blandt de professionelle.

Handleanvisende fælles viden

Psykiatrien bør med sin viden og faglighed bidrage til, hvad der kan gå i stedet for uhensigtsmæssige indlæggelser. Der blev peget på, at behandlingspsykiatriens opgave ikke kun er at yde en indsats af høj behandlingsmæssig kvalitet, men at indsatsen skal række ud over her og nu. Psykiatrien skal bidrage med handleanvisende viden til kommunen og botilbuddet. Der var ifølge deltagerne i de to auditpaneler for lidt fælles afstemning af, hvad der kunne hjælpe patienten, så genindlæggelserne blev forebygget. I forløb, hvor vagtlæge, akutmodtagelse og politi er involverede, er det vigtigt, at disse parter også klædes på og får specifikke handleanvisninger for, hvordan parterne bør agere i situationen. Auditpanelerne var inde på, at forløb, hvor patienten har selvskadeproblematikker med mange indlæggelser til følge, ofte er vanskelige og langvarige. Det er ikke altid, patienten ønsker at modtage hjælp. Den rette hjælp kan handle om god timing og om ikke at afvise patienten. Auditpanelerne vurderede, at der i disse forløb ofte kan opstå en oplevelse af, at man famler i blinde. Det vigtige er, at man på tværs af sektorer bakker hinanden op i erkendelsen af, at det er en *fælles* opgave.

Analysen viser således et behov for, at psykiatrien sætter sig ud over et her og nu-fokus og indgår i med handleanvisende viden i samarbejdet om patienter med hyppige genindlæggelser, som ofte opstår på baggrund af samme mønster, og som vurderes uhensigtsmæssige for patientens recovery.

Tæt samarbejde

Panelerne understregede, at aktørerne omkring patienten med mange genindlæggelser bør arbejde tæt sammen. Både på patientniveau og overordnet bør psykiatrien understøtte koordinerede forløb, vurderede auditpanelerne. Psykiatriens viden bør bringes i spil i form af rådgivning, samarbejdsmøder og undervisning. Psykiatriens udredninger kan mangle handleanvisninger for, hvordan fagpersoner, herunder fagpersoner fra kommunen, bedst bruger udredningens viden til bedst at hjælpe patienten. Fagpersoner, der har med en patient at gøre, bør udnytte og drage nytte af hinandens viden og indsats. Et panel bemærkede for eksempel, at der i en patientcase var et eksempel på, at hverken sengeafdelingen eller kommunen syntes at bruge viden fra patientens psykolog- og fysioterapiforløb i psykiatrien. Et panel forholdt sig kritisk til, at patienten i en af deres cases måtte være indlagt i ventetiden til at få en plads i et botilbud og vurderede, at det ved valg af botilbud var vigtigt at sikre, at indflytningsprocessen kunne gå i gang, og at der blev valgt et botilbud, hvor der var mulighed for kontinuerligt, tværsektorielt og fleksibelt samarbejde. Under ventetiden, mens patienten var indlagt, burde i det konkrete tilfælde være igangsat en overgang til botilbuddet. Det var panelets vurdering, at patienten efter indflytning i botilbuddet formentlig fortsat ville blive indlagt i perioder, og der var brug for en høj grad af koordinering, videndeling og samarbejde omkring patienten.

Analysen pointerer, at forebyggelse af genindlæggelser hænger sammen med, at fagpersoner i og på tværs af sektorerne arbejder i samme retning og løbende

afstemmer indsatserne ved at understøtte hinandens faglighed med handleanvisende viden.

I forhold til forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien kan på baggrund af analysen fremsættes følgende anbefaling:

3. Det anbefales at undersøge, hvorvidt den kommunale støtte i aften-nattetimerne i højere grad kan bidrage til at skabe øget tryghed hos patienter, der ellers vil have tendens til at opsøge psykiatrien, og som ikke har brug for psykiatrisk behandling. Det anbefales endvidere at undersøge muligheder for, hvordan psykiatrien kan understøtte vidensdeling og koordinerede forløb for eksempel gennem undervisning, rådgivning og samarbejdsmøder på overordnet niveau og klare koordinerede planer på patientniveau mellem behandlingspsykiatri og de sociale (bo)tilbud.

5 En fælles plan

Kommunens planer for patienten

I en patientcase, hvor en ung patient var langvarigt indlagt, forholdt auditpanelet sig kritisk til, at kommunens sociale indsats helt syntes at ophøre under den lange indlæggelse. Panelet efterspurgte en fælles tværsektoriel plan og et tæt samarbejde, hvor kommunen spillede en mere aktiv rolle under indlæggelsen. Panelet fandt det tillige problematisk, at patienten på et tidspunkt i en sårbar tilstand blev udskrevet til eget hjem, hvor der ingen professionel støtte var.

Deltagerne i auditanalysen efterspurgte, at kommunerne indgår i den fælles plan for patientens støtte og behandling og forholder sig mere konkret til forebyggelse af genindlæggelser ud fra den enkelte patients situation. Kommunerne bør medtage i vurderingen af en patients støttebehov, hvordan uhensigtsmæssige indlæggelser undgås. Deltagerne drøftede vigtigheden af en kommunal plan for den sociale indsats, bostøtte, botilbud med videre. Hvad er formålet, og hvad skal man arbejde hen imod? I flere af de gennemgåede sager var ikke medsendt fyldestgørende dokumentation af kommunens visitationsgrundlag og plan for den sociale indsats. Det var uklart, om dokumenterne forelå i de konkrete tilfælde, men i begge auditpaneler blev vigtigheden af disse slået fast.

Analysen peger på relevansen af kommunens bidrag til en fælles plan for, hvordan borgerens sociale problematikker og støttebehov imødekommes, så uhensigtsmæssige indlæggelser undgås.

Inddragelse af de relevante fagpersoner i den fælles plan

Internt i kommunen og i det tværsektorielle samarbejde er brug for en fælles viden om en patients situation og udfordringer, herunder patientens eventuelle kognitive problemer, relative umodenhed og andet, der har betydning for, hvordan patienten skal hjælpes i kritiske perioder.

I de voldsomme indlæggelsesforløb, blandt andet hvor det handler om selvskade, bør være en samlet kriseplan med strategier for håndtering af affekt, kriterier for indlæggelse samt alternativer til indlæggelse. Auditpanelerne fremhævede som nævnt ovenfor, at det i mange genindlæggelsesforløb er vigtigt at involvere akutafdelingen og politiet i relation til, hvad der alternativt kan hjælpe patienten.

Analysen viser, at det for hver patient skal overvejes, hvem der skal indgå i den fælles plan og i samarbejdet om at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser i psykiatrien.

Alment praktiserende læges og vagtlæges rolle i samarbejdet

Det blev på auditmøderne drøftet, hvordan almen praksis bør kende en patients forløb i psykiatrien, den kommunale støtte mv., så patientens læge kan spille en mere aktiv rolle i forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien. I de perioder, hvor en patient er hyppigt eller ofte indlagt, vil almen praksis sjældent have ret meget med patienten at

gøre. Deltagerne i auditpanelerne pegede imidlertid på, at patientens egen læge bør være informeret om forløbet i en grad, så almen praksis kan involveres i den forebyggende og fælles indsats, så snart patientens situation er stabiliseret. Hvad angår vagtlægens rolle konstateredes i begge auditpaneler, at vagtlægen ofte involveres i indlæggelserne, da de ofte sker i aften- og nattetimerne, men at vagtlægen ikke har adgang til viden om den enkelte patient og derfor i mindre grad kan foreslå andet end en indlæggelse (se mere herom nedenfor i afsnittet om viden om patienten).

Analysen viser, at da den enkelte vagtlæge kun møder patienten kort, er det vanskeligt for vagtlægen at indgå i en fælles plan for patienten, mens almen praksis, som repræsenterer en kontinuitet i patientens liv i forhold til patientens samlede sundhedstilstand, bør kunne indgå i den fælles plan. Patientens egen læge bør således bidrage til samarbejdet om den rette behandling og støtte med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser i psykiatrien.

Brug de eksisterende muligheder for en fælles plan

Panelerne pegede på, at der allerede er mange typer af fælles planer, som kan bringes i anvendelse; udskrivningsaftaler[6], koordinationsplaner[7], koordinerende indsatsplaner[8] og genoptræningsplaner, hvor sidstnævnte dog kun omhandler fysioterapi og ergoterapi[9]. Begge auditpaneler pointerede, at det vigtigste ikke er planens præcise form, men at der bliver indgået fælles aftaler på patientniveau, så aktørerne får afstemt indsatserne.

[6] Psykiatrilovens § 13 a: Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.
[7] Psykiatrilovens § 13 b: Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Det fremgår desuden af § 13 c, at den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.
[8] Den koordinerende indsatsplan er målrettet mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i september 2014 "Retningslinjer for koordinerende indsatsplaner".
[9] Genoptræningsplanen er et kommunikationsredskab mellem en fysioterapeut/ergoterapeut på et hospital og en fysikoterapeut/ergoterapeut i en kommune. Genoptræning gives inden for rammerne af sundhedsloven og er defineret ved, at den ikke skal stå i stedet for sociale og pædagogiske indsatser eller en mere langsigtet rehabiliteringsindsats. Se referat af møde i Sundhedsstyregruppen den 23. november 2018, pkt. 9, Godkendelse af prøvehandling vedr. genoptræningsplaner i psykiatrien. https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/sundhedsstyregruppen/231118/referat-aben-sundhedsstyregruppen-23-11-18.pdf (hentet den 11. juni 2019).

I forhold til forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien kan på baggrund af analysen fremsættes følgende anbefalinger:

4. Det anbefales, at der udformes en samlet tværsektoriel plan med handleanvisninger for, hvem der gør hvad i forhold til eventuel krisesituation og at planen udformes ud fra eksisterende muligheder som eksempelvis udskrivningsaftale, koordinationsplan eller koordinerende indsatsplan. Det anbefales, at det tværsektorielle samarbejde foregår kontinuerligt, så de faglige indsatser udføres samstemt, og at de relevante parter inddrages, herunder eksempelvis også patientens egen læge, vagtlæge, politi og akutafdeling.

5. Det anbefales, at det afklares, hvordan den alment praktiserende læge kan spille en større rolle i forebyggelsen af uhensigtsmæssige genindlæggelser.

6 Viden om en patients indlæggelser og om muligheder for forebyggelse

Manglende videndeling om indlæggelser

I gennemgangen af patientcasene blev det bemærket, hvor omfattende en mængde af dokumentation, der forelå, særligt fra behandlingspsykiatrien. Temaet var, hvorvidt dokumentationen var overskuelig og blev anvendt. Der manglede viden hos kommunen om indlæggelserne, som ofte fandt sted i aften- og nattetimer. Manglende kommunikation mellem regionspsykiatrien og botilbuddet/bostøtten betød, at det ikke blev afklaret, hvilke alternativer der kunne være til indlæggelse. Der efterspurgtes som nævnt mere støtte til de sociale, praktiske og private forhold, som ofte var medvirkende faktorer i patienternes hyppige genindlæggelser.

Paneldeltagerne fremhævede udfordringer med videndelingen internt i kommunen. Det drøftedes på hvilken måde, der kan tales med patienten om samtykke til videndeling, som kan fremme samarbejdet om en fælles hjælp til patienten – som også kan være med til at forebygge indlæggelser i psykiatrien.

Det blev fremhævet, at der bør stoppes op i de tilfælde, hvor en patient ofte genindlægges – og bliver vurderet tværfagligt og tværsektorielt, hvorvidt indlæggelserne er uhensigtsmæssige, hvad de i givet fald er udtryk for, og hvordan patientens problemstillinger vil kunne imødekommes og indlæggelse undgås. Afdelingsledelserne i psykiatrien bør spille en rolle i forhold til, at der stoppes op i disse tilfælde, ligesom de kommunale myndighedssagsbehandlere kan tage initiativet. I forhold til sidstnævnte blev der dog peget på mangler i videndelingen om en patients indlæggelser og udtrykt uvished om, hvorvidt en myndighedssagsbehandler overhovedet orienteres om en patients indlæggelser i psykiatrien. Det blev påpeget, at den elektroniske kommunikation fungerer dårligt på psykiatriområdet, og forbedring af MedCom[10] blev efterspurgt. Det fremhævedes, at såvel kommune som almen praksis skal kende til patientens indlæggelser for at kunne bidrage til forebyggelse af disse. Hvad angår den praktiserende læge blev peget på, at det kan blive for tilfældigt, hvilken viden der lander hos den praktiserende læge. Det blev desuden efterspurgt, at den praktiserende læge og patientens botilbud kan kommunikere elektronisk på effektiv og sikker vis.

Hvad angår vagtlægen, konstateredes som nævnt, at denne ikke har viden om patientens situation og eventuelle alternativer til en akut indlæggelse, og derfor sjældent har andre muligheder end at lade patienten indlægge. Det blev drøftet, hvorvidt oplysninger om patientens alternativer til indlæggelse kunne fremgå som

[10] MedCom er en non-profit organisation, stiftet af Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL. Formålet med etableringen af MedCom var at standardisere og digitalisere de hyppigst forekommende kommunikationsstrømme mellem praktiserende læger, sygehuse og kommuner. https://www.medcom.dk/om-medcom (hentet 11. juni 2019).

CAVE[11]-meddelelse.[12] Desuden blev foreslået, at vagtlægen, når denne tager kontakt til psykiatrien om indlæggelse af en patient, får oplysninger om eventuelle alternativer til indlæggelse for denne patient. Det kræver, at behandlingspsykiatrien har overblik over, hvad denne patient i andre tilfælde har draget nytte af, for eksempel kommunal støtte, akutplads, privat netværk, PN-medicin eller en subakut tid i ambulatoriet næste dag. Der blev peget på funktionaliteten POP[13] i EPJ som en mulighed for hurtigt overblik over oplysninger om, hvad der eventuelt kan sættes i værk i stedet for en indlæggelse.

En stor del af analysen om genindlæggelser og tværsektorielt samarbejde har således fokus på viden; hvordan de rigtige personer i sektorerne får adgang til rettidig viden om den enkelte patients forløb som grundlag for at kunne bidrage til forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser. Analysen udpeger mangler i de elektroniske kommunikationsmuligheder på psykiatriområdet.

Netværksmødemodeller

Der blev efterspurgt øget dialog og brug af netværksmøder i forebyggelsen af uhensigtsmæssige indlæggelser. Mødets form og hvem, der inviterer til netværksmødet, vil afhænge af konteksten. Initiativet kan tages af regionspsykiatrien, botilbuddet, myndighedssagsbehandler, bostøtte, brobygger eller en anden. Netværksmøder bør så vidt muligt holdes i samarbejde med patienten. Som inspiration blev peget på metoden Inddrag Nu eller principperne for Åben Dialog, hvor sidstnævnte har det største fokus på patientinddragelse, da det er patienten, der inviterer til mødet og sætter dagsordenen. Det væsentligste er igen ikke formen, men at fagpersonerne omkring patienten får kendskab til hinanden og patientens samlede situation. Der kan bruges digitale løsninger, hvis det sikrer deltagelse af vigtige aktører, eksempelvis patientens egen læge eller myndighedssagsbehandler.

Der blev på auditmøderne henvist til den cirkulære samarbejdsmodel, som er udformet i et samarbejde mellem Aarhus Kommune og AUH Psykiatrien.[14] Modellen, som retter sig mod patienter med svært selvskadende adfærd, blev fremhævet som inspirerende i forhold til andre typer af patienter med hyppige genindlæggelser. Den cirkulære samarbejdsmodel omfatter individuelle, fleksible løsninger med løbende videndeling, supervision, netværksmøder og inddragelse af ledelse på tværs af sektorer.

[11] Cave (latin for vogt dig eller undgå) er et medicinsk fagudtryk for lægemidler, som en patient ikke bør få, typisk på grund af allergi. CAVE-oplysninger fremgår af patientens sundhedsjournal og opdateres kun i forbindelse med indlæggelse.
[12] Anvendelse af CAVE-meddelser til oplysninger om alternativer til indlæggelser i vagtlægesystemet blev også foreslået i en analyse i Randersklyngen i 2018. "Sundhedsstrategisk ledelse, Laboratorium 14, Forebyggelse af akutte indlæggelser (Psykiatri)", oktober 2018, s. 10.
[13] Problem Orienteret Plan.
[14] "Den cirkulære samarbejdsmodel", Socialforvaltningen, Aarhus Kommune, 4. december 2018.

Analysen viser et behov for, at de involverede fagpersoner mødes – gerne også med patienten – for at afstemme indsatserne med henblik på at forbedre patientens samlede forløb og herunder undgå uhensigtsmæssige indlæggelser.[15]

Ledelsesopbakning

Der bør som nævnt være en plan, gensidigt kendskab og aftaler mellem aktørerne på patientniveau, så fagpersonerne anskuer patientens situation samlet og vurderer, hvordan ressourcerne bruges bedst i forhold til, hvad der gavner den enkelte patient. Samarbejdet kræver ledelsesopbakning og aftaler på overordnet niveau. Et panel pegede på klyngerne som ramme for de overordnede aftaler, da der her er ledelsesmæssigt samarbejde og kendskab til de faglige aktører i et område, herunder de psykiatriske afdelinger, kommunale psykiatriindsatser, botilbud, forsorgshjem med videre. Fra det andet auditpanel lød det, at de overordnede aftaler ikke altid hører hjemme i klyngerne, men at samarbejdets spilleregler skal defineres lokalt og ud fra, hvad der virker imellem de konkrete samarbejdsparter.

Analysen viser således, at det er centralt, at der på ledelsesniveau etableres rammer for samarbejdet, som gør det muligt at alle arbejder ud fra den enkelte patients situation og ud fra, at de fælles ressourcer på bedst mulige vis bidrager til at afhjælpe patientens udfordringer.

I forhold til forebyggelse af genindlæggelser i psykiatrien kan på baggrund af analysen fremsættes følgende anbefalinger:

6. Det anbefales, at der i situationer med mange uhensigtsmæssige genindlæggelser stoppes op og samles viden med henblik på at overveje, hvordan de samlede ressourcer bruges bedst, og om der tilbydes det, patienten har brug for. Det er vigtigt, at man i den forbindelse ser på patientens samlede liv og i fællesskab sammensætter en individuel tilrettelagt indsats ud fra patientens behov. Dette kræver ledelsesunderstøttelse, og derfor anbefales det, at der i lokale samarbejdsfora laves konkrete aftaler om spilleregler for samarbejdet, samt at der, hvor det er relevant, indgås aftaler om principper for samarbejdet i klyngerne.

7. Det anbefales, at de IT-teknologiske udfordringer med tværsektoriel kommunikation på psykiatriområdet, bl.a. i regi af MedCom, løses.

[15] I sundhedsaftalen 2015-2018 findes en række beskrivelser fra 2015, som ligger i tråd med auditpanelernes drøftelser om tværsektorielt samarbejde om patienter med hyppige og gentagne akutte indlæggelser. Blandt andet fremhæves anvendelse af tværsektorielle samarbejdsmøder med inddragelse af borgeren. Se dokumenterne i sundhedsaftalens værktøjskasse om regionens, kommunens og almen praksis' opgaver i ambulante forløb i voksenpsykiatrien samt ved indlæggelse. https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktojskasse/psykiatri---voksne/ (hentet 5. juni 2019).

Bilag 1: Om kvantitativ audit, trin 1

Formål med trin 1

Trin 1 af analysen bestod som nævnt af en kvantitativ audit. Formålet med det første trin var at analysere regionale kvantitative data vedrørende akutte indlæggelser og genindlæggelser og designe den casebaserede audit på baggrund af fagpersoners vurderinger af data og faglige indsigt i området. Auditpanelet bestod af udvalgte repræsentanter fra region, kommuner og almen praksis.[16]

Data

De data, som indgik i dette trin af undersøgelsen, var fra Region Midtjylland. Data fra kommuner og almen praksis indgik ikke i dette trin af undersøgelsen. Kommuners og alment praktiserende lægers indsats over for disse patienter blev drøftet med afsæt i deltagernes baggrund og kendskab til patienterne.

Data omfattede akutte indlæggelser, akutte genindlæggelser samt det totale antal indlæggelser (akutte og elektive) i psykiatrien i 2017. De brugerstyrede indlæggelser var, så vidt registreringspraksis muliggjorde det, frasorteret i opgørelserne.

"Genindlæggelse" skal forstås som en akut psykiatrisk genindlæggelse defineret ud fra følgende kriterier[17]:

- Indlæggelsen finder sted tidligst 4 timer og inden 30 dage efter udskrivningen fra den foregående indlæggelse
- Indlæggelsen starter akut
- Patienten må på tidspunktet for indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose

Auditpanelet fik fremsendt de aggregerede datasæt forud for auditmødet.

Vurderingsspørgsmål

Deltagerne blev på mødet bedt om at fremlægge deres svar på følgende spørgsmål:

1. Hvad giver resultaterne anledning til af overvejelser vedr. patienter, der hyppigt indlægges og genindlægges i psykiatrien?
2. Hvilke mulige problemstillinger ser du i relation til de hyppige og gentagne akutte indlæggelser i psykiatrien?

[16] Resultatet af trin 1 blev præsenteret på møde i Psykiatri- og socialudvalget den 14. november 2018, pkt. 7, Status vedrørende analyse af genindlæggelser og tværsektorielle forløb i psykiatrien i Region Midtjylland.
[17] Sundhedsdatastyrelsen (2017): Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen.

Deltagere i kvantitativt auditmøde, trin 1

På mødet den 26. oktober 2018 deltog følgende personer:

1. Lise Høyer, praktiserende læge og formand for PLO-Midtjylland
2. Elisabeth Brix Westergaard, udviklingskonsulent, Psykiatri og Social, Region Midtjylland
3. Thomas Kure Jepsen, AC-fuldmægtig og BI-koordinator, Psykiatri og Social, Region Midtjylland
4. Janne Rezagi, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Vest
5. Hanne-Lone Teglers, klinisk koordinator, Regionspsykiatrien Randers
6. Pernille Brandstrup Haunsvig, afdelingssygeplejerske på modtagelse/intensiv, Regionspsykiatrien Midt
7. Dorte Påskesen, forstander Skovlyset, Herning Kommune

Følgende var forhindret i at deltage:

8. Bodil Svenstrup, afdelingsleder, Haslekollegiet, Aarhus Kommune
9. Jane Thillemann, overlægevikar, Afdeling P, psykiatrisk modtagelse, Aarhus Universitetshospital, Risskov

Mødeledere fra DEFACTUM var Kirsten Overgaard og Marianne S. Balleby. Som referent deltog praktikant ved DEFACTUM Ditte Marie Nørmark Andersen.

Overblik over patienter med hyppige akutte genindlæggelser

Tabel 1: Stationær aktivitet fordelt på antal årlige indlæggelsesforløb i 2017

Antal indlæggelsesforløb	Antal unikke cpr	Antal akutte indlæggelser
1	3.082	2.844
2	771	1.446
3	330	931
4	167	638
5	101	473
6	57	315
7	35	232
8	24	182
9	20	171
10	16	154
11 eller flere	70	1.176
Total	4.673	8.562

Af de kvantitative opgørelser fremgik, at forholdsvis få patienter stod for mange af de hyppige og gentagne akutte indlæggelser.

Det fremgår af tabel 1, at en stor del patienter har én indlæggelse i 2017, mens forholdsvis få patienter har en stor andel af de samlede indlæggelser.

Tabellen viser, at 3.082 patienter har haft ét indlæggelsesforløb i 2017. At det samlede antal akutte indlæggelser for gruppen af patienter er mindre end antallet af patienter, nemlig 2.844 akutte indlæggelser, skyldes blandt andet, at en del af patienterne har været indlagt elektivt.

Tabellen viser, at 70 patienter har haft 11 eller flere indlæggelsesforløb i 2017. Denne gruppe af patienter stod for 1.176 af de akutte indlæggelser i 2017; i gennemsnit 16,8 akutte indlæggelser per patient. Dette kan dække over stor variation.

Mange af de hyppige og gentagne akutte indlæggelser var af patienter med skizofreni og personlighedsforstyrrelse. Panelet, der gennemgik de kvantitative opgørelser gjorde opmærksom på, at det frem for diagnosen ofte er adfærden og den situation, patienten er i, som er årsag til, at patienten genindlægges. Da de største grupper af forløb med hyppige og uhensigtsmæssige indlæggelser består af patienter med skizofreni og personlighedsforstyrrelse, blev det imidlertid besluttet, at den casebaserede audit skulle sætte fokus på disse diagnosegrupper.

Halvdelen af de akutte indlæggelser og en endnu større del af de indlæggelser, som skete inden for 30 dage efter den foregående indlæggelse, var korte indlæggelser af 0-3 dages varighed. I den kvantitative del af analysen (trin 1) vurderede panelet, at genindlæggelser *kunne* være resultat af uhensigtsmæssige forløb, men ikke var det i alle tilfælde.

Design af casebaseret audit på baggrund af trin 1

Analysens trin 1 førte til, at der i den casebaserede audit skulle inddrages patientforløb med hyppige og akutte indlæggelser af kortere varighed (0-3 dage), som fagpersonerne, der kendte patienten, vurderede som uhensigtsmæssige.

Panelet udpegede forebyggelse som et vigtigt tema for den kvalitative del af analysen, og at indsatserne både forud for, under og efter indlæggelse indgik, herunder patientinddragelse, videndeling og kommunikation. Ligeledes pointerede panelet på baggrund af deltagernes erfaringer vigtigheden af, at den casebaserede audit onfattede de forskellige indsatser fra region, kommune og almen praksis. Panelet i trin 1 af analysen fandt det i den forbindelse vigtigt, at de patienter, der blev udvalgt til den casebaserede audit, havde mange aktører omkring sig, så det var muligt at vurdere arbejdet med de koordinerende indsatser, det tværsektorielle samarbejde samt de involverede aktørers gensidige kendskab til hinandens rolle og funktion i forløbet.[18] Da analysens fokus er forbedring af det tværsektorielle samarbejde blev KOSU (Den kommunale styregruppe på sundhedsområdet i den midtjyske region) involveret i den videre proces og designet af den casebaserede audit.

[18] I metodeafsnittet beskrives designet af den casebaserede audit, herunder kriterier for valg af sager.

På baggrund af trin 1 udvalgtes følgende inklusionskriterier for sager til trin 2 af analysen:

- Aktionsdiagnosen var enten personlighedsforstyrrelse eller skizofreni
- Mindst en af patienterne havde et misbrug
- Fagpersoner, der kendte patienten, vurderede, at patienten havde mange korte (0-3 dage) psykiatriske indlæggelser, som af fagpersonerne oplevedes uhensigtsmæssige
- Der var mange professionelle aktører i patientens liv
- Patienten var tilknyttet et botilbud eller bostøtte, var visiteret og ventede på et tilbud, eller vurderedes at have behov for kommunal støtte
- En af patienterne var ny i psykiatrien, var først inden for det seneste år blevet hyppigt indlagt i psykiatrien og var aldersmæssigt i 20'erne

Det blev valgt at frasortere patienter med dom til behandling, idet disse vurderedes at have særskilte problematikker, som ville gøre det vanskeligt at vurdere disse forløb sammen med de øvrige forløb med hyppige akutte indlæggelser.

Det blev endvidere besluttet, at følgende materiale, for så vidt det forelå, skulle indgå i den casebaserede audit:

- Journalmateriale fra EPJ i psykiatrien i Region Midtjylland fra de seneste 2-3 måneder herunder:
    - Behandlingsplan, evt. koordinationsplan/udskrivningsaftale, journalnotater og anamnese
- Oversigt over psykiatriske og somatiske kontakter med sundhedsvæsenet i Region Midtjylland i 2017 og 2018
- Journal fra praktiserende læge og vagtlæge fra de seneste 2-3 måneder
- Politiets døgnrapport fra de seneste 2-3 måneder
- Planer og notater vedr. kommunal støtte, dagbogsnotater fra botilbud fra de seneste 2-3 måneder
- Planer og journalnotater fra misbrugsbehandling, beskæftigelsesindsats og kommunal sundhedsfaglig indsats fra de seneste 2-3 måneder
- Eventuelle kommentarer fra patienten givet i forbindelse med samtykkeerklæring

Bilag 2: Om casebaseret audit, trin 2

Casebaseret audit er en systematisk drøftelse af et afgrænset emne gennem faglig vurdering af et eller flere udvalgte eksempler på konkret fagpraksis. Metoden synliggør forskellige perspektiver på den pågældende fagpraksis. Denne udgave af auditmetoden er kvalitativ. Ved at gå i dybden med få sager og se et forløb i sin helhed, får auditpanelet et praksisnært indtryk af de faglige handlinger. Gennemgangen af fagpraksis kan skabe et stærkt afsæt for nye erkendelser om behovet for styrkelse eller ændring af praksis. I auditforløbets ligeværdige ramme udvikles virkelighedsnære anbefalinger.

Deltagere i casebaseret audit, trin 2

Auditpanelet til det første auditmøde den 29. marts 2019 bestod af følgende personer:

1. Leif Gjørtz Christensen, formand, SIND, Region Midtjylland
2. Camilla Lyhne Overgaard, udviklingsmedarbejder/kliniker, Regionspsykiatrien Vest
3. Stine Baltzer Bruun, sygeplejerske og souchef, AUH Psykiatrien, Afd. for Depression og Angst
4. Eva Nedergaard, afdelingsleder, Specialområde socialpsykiatri voksne
5. Zywia Anna Brouer, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Horsens
6. Yrsa Bro, ledende oversygeplejerske, Regionspsykiatrien Midt
7. Tanja Guldhammer, centerleder, Lemvig Kommune
8. Rie Andersen, souschef i socialområdet og leder af Udsatte og Socialafdelingen, Viborg Kommune
9. Susanne Olesen, psykiatrisk sygeplejerske, Syddjurs Kommune
10. Maria Fyrst, kvalitetsansvarlig sygeplejerske, Syddjurs Kommune
11. Anette Schjødt Nyvang, brobygger, Horsens Kommune
12. Christian Degn Gerlings, afdelingsleder, Socialpsykiatri og Udsatte Voksne, Aarhus Kommune
13. Jannie Bek Kirkegaard, socialrådgiver, Holstebro Kommune
14. Birgitte Borup, praktiserende læge

På auditmødet den 5. april 2019 indgik følgende personer i panelet:

1. Annette Bjørnskov Neess, formand for Bedre Psykiatri Herning/Ikast-Brande
2. Hanne-Lone Teglers, sygeplejerske og klinisk koordinator, Regionspsykiatrien Randers
3. Ea Bøhm Jepsen, overlæge, Afd. for Psykoser, AUH Psykiatrien
4. Ann Schnefeldt Spoorendonk, koordinator, Specialområde socialpsykiatri voksne
5. Zywia Anna Brouer, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Horsens
6. Yrsa Bro, ledende oversygeplejerske, Regionspsykiatrien Midt
7. Bo Bjerrum Hvass, områdeleder socialpsykiatrien, Favrskov Kommune
8. Sanne Ørum, sagsbehandler, Center for Myndighed, Aarhus Kommune
9. Camilla Bruun Højhus, hjemmesygeplejerske, Ringkøbing-Skjern Kommune
10. Bente Helweg-Mikkelsen, leder af Rusmiddelcenter, Syddjurs Kommune
11. Annette Brøndum, fuldmægtig i Sociale Forhold og Beskæftigelse, Aarhus Kommune

12. Lis Gedsø Smith, PsykiatriBrobygger, Skanderborg Kommune
13. Lise Høyer, praktiserende læge, formand for PLO-Midtjylland

På begge møder fungerede Marianne S. Balleby og Kirsten Overgaard fra DEFACTUM som mødeledere, og Ditte Marie Nørmark Andersen deltog som referent.

Udvælgelse af sager til casebaseret audit

I en fire ugers inklusionsperiode havde Regionspsykiatrien Vest, Regionspsykiatrien Midt og Afdeling for Psykoser, AUH Psykiatri samt Afdeling for Depression og Angst, AUH Psykiatri til opgave at inkludere indlagte patienter, som kunne passe med kriterierne i undersøgelsen (se ovenfor), og søge at indhente deres samtykke. DEFACTUM modtog otte samtykkeerklæringer fra tre afdelinger og foretog herefter en strategisk udvælgelse af fire patientcases med henblik på at få repræsenteret de forskellige afdelinger og typer af patienter. En afdeling bidrog ikke med patienter til analysen, da de patienter, der opfyldte kriterierne for undersøgelsen, enten ikke var indlagt i inklusionsperioden eller ikke ønskede at afgive samtykke.

Auditpanelerne fik med sikker post tilsendt eller udleveret det indsamlede sagsmateriale, som var suppleret med en sagsoversigt og ellers forelå i sin "rå" form fra de forskellige aktører. Sagerne blev fordelt på de to møder, så hvert panel fik en sag, hvor patienten havde skizofreni og en sag, hvor patienten havde en diagnose med personlighedsforstyrrelse. I øvrigt blev sagerne fordelt tilfældigt.

Vurderingsspørgsmål til casebaseret audit

Inden auditmødet fik deltagerne i de to auditpaneler tilsendt et vurderingsskema, som de skulle udfylde inden mødet. Vurderingsskemaet bestod af tre spørgsmål til hver sag samt to udviklingsspørgsmål for begge de gennemgåede sager, i alt otte spørgsmål.

1. Vurder de faglige indsatser – i forhold til forebyggelse af indlæggelse i psykiatrien

Instruktion:
Vurder indsatsen fra de aktører, du finder relevante, f.eks. botilbud, forsorgshjem, behandlingspsykiatri, jobcenter, misbrugsbehandling, almen praksis, vagtlæge, øvrigt sundhedsvæsen. Vurder om de faglige indsatser er de rette for patienten – før, under og efter patienten indlægges i psykiatrien. Hvis patienten indlægges flere gange i det beskrevne forløb, bedes du vurdere de faglige indsatser samlet. Du bedes således sætte ét kryds. Forklar gerne med henvisning til konkrete eksempler i materialet, hvis nogle faglige indsatser (eller manglende indsatser) trækker særligt op eller ned i din vurdering af, hvorvidt indsatsen forebygger indlæggelse i psykiatrien.

2. Vurder samarbejde, videndeling og koordinering før, under og efter patienten indlægges i psykiatrien

Instruktion:
Vurder samarbejde, videndeling og koordinering før, under og efter patienten indlægges i psykiatrien. Spørgsmålet har til hensigt at belyse de involverede aktørers gensidige kendskab og forventninger til hinandens rolle og funktion, og om ansvarsfordeling og koordinering mellem aktørerne bidrager til forebyggelse af patientens indlæggelse i psykiatrien. Vedrørende videndeling, bedes du overveje, om kommunikationsformerne i forløbet fungerer optimalt, samt om planerne bidrager til koordinering i forløbet. Henvis gerne til konkrete eksempler i materialet.

3. Vurder patientinddragelsen

Instruktion:
Spørgsmålet handler om, hvorvidt der på tilfredsstillende vis tages hensyn til patientens (og eventuelle pårørendes) synsvinkel i forløbet, og om indsatserne understøtter patientens recoveryproces. Du bedes igen sætte ét kryds. Forklar gerne med henvisning til konkrete eksempler i materialet, hvis nogle dele af forløbet eller aktørers indsats trækker særligt op eller ned i din vurdering af patientinddragelsen.

(1-3 gentages for den anden sag på auditmødet)

7. Hvilke typer af hyppige og gentagne akutte indlæggelser kan reduceres, hvis region, kommune og almen praksis arbejder bedre sammen?

Baggrund for spørgsmålet: En analyse af akutte psykiatriske genindlæggelser foretaget af Sundhedsdatastyrelsen i 2017 påpeger, at akutte genindlæggelser kan være udtryk for uhensigtsmæssige forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved indsatsen under og efter en indlæggelse. Rapporten pointerer dog også, at ikke alle akutte genindlæggelser er uhensigtsmæssige. Genindlæggelser kan eksempelvis være et led i en strategi om, at patienten bedre kan mestre sin hverdag ved at være indlagt nogle få dage hver måned, som det f.eks. sker i forbindelse med de brugerstyrede senge i psykiatrien. Genindlæggelsen kan endvidere være et led i en strategi om at tilbyde nogle selvskadende patienter indlæggelse, når de har det mest svært.

Instruktion:
På baggrund af de gennemgåede sager og dine erfaringer i øvrigt, hvilke typer af hyppige og gentagne akutte indlæggelser er uhensigtsmæssige og kan reduceres ved et bedre tværsektorielt samarbejde mellem region, kommune og almen praksis?

8. Hvordan kan det tværsektorielle samarbejde understøttes?

Instruktion:
På baggrund af de gennemgåede sager og dine erfaringer i øvrigt, hvilke *konkrete* forslag har du til, hvordan det tværsektorielle samarbejde understøttes – med henblik på forebyggelse af uhensigtsmæssige hyppige og gentagne akutte indlæggelser i psykiatrien? Hvem skal gøre hvad?

DEFACTUM