

Styregruppen for Fleksible Indlæggelser

2.års evaluering af Fleksible Indlæggelser



Regionshospitalet
Silkeborg
Diagnostisk Center

Indhold

Resumé	1
1. Hvad er en Fleksibel Indlæggelse?	2
2. Metode	3
2.1 Kvantitativ analyse	3
2.2 Kvalitativ analyse	4
3. Resultater	4
3.1 Det siger personalet om Fleksible Indlæggelser	4
3.2 Når sygeplejersker skal visitere	7
3.3 Det kommunale akutteam forhindrer indlæggelser	9
3.4 Forbrug af akutte sundhedsydelse	11
3.4.1 Akutte indlæggelser – alle patienter	11
3.4.2 Forbrug af sundhedsydelse – Højrisikopatienter	11
4. Diskussion	13
5. Konklusion	14

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse.

For yderligere information, kontakt:

Inge Bank, sundheds- og omsorgschef
Silkeborg Kommune
@ Inge.Bank1@silkeborg.dk

Ulrich Fredberg, ledende overlæge
Diagnostisk Center – Hospitalsenhed Midt
@ Ulrfred@rm.dk

Anders Damgaard Møller, ph.d. studerende
Diagnostisk Center - Hospitalsenhed Midt
@ Anders.moeller@midt.rm.dk

Resumé

Indledning

Med Fleksible Indlæggelser har patienter, der følges ambulant grundet specifikke kroniske sygdomme, mulighed for at henvende sig telefonisk til hospitalet i tilfælde af akut forværring af den kroniske sygdom. Tilbuddet gælder på alle tider af døgnet, alle ugens syv dage. Formålet med nærværende evalueringsrapport er, at undersøge personalets oplevelser med tilbuddet samt forbruget af sundhedsydelse i år 2 efter implementering.

Metode

Der er gennemført interviews af syv læger og sygeplejersker for kvalitativt at afdække personalets oplevelser med Fleksible Indlæggelser.

I undersøgelsen af forbruget af sundhedsydelser er der foretaget en før-efter analyse for patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom, inflammatoriske tarmsygdomme, kronisk leverfunktionsnedsættelse samt hjertesvigt. Patienterne fik tilbuddet om Fleksibel Indlæggelse ved implementeringsstart og har fuld opfølgingsperiode. Før-perioden er året inden implementering af Fleksible Indlæggelser, mens efter- perioden er år 2 efter implementering. Der skelnes i analyserne mellem alle patienter og højrisiko patienter. Sidstnævnte er defineret ved at have minimum én indlæggelse i før-perioden.

Resultater

I alt 727 af de patienter, der modtog tilbud om Fleksibel Indlæggelse fra start, har fuld opfølgingsperiode og indgår således i analyserne. Af disse var 180 højrisiko-patienter. Resultaterne viser, at langt størstedelen af de patienter, der får en Fleksibel Indlæggelse, stagnerer i sit forbrug af sundhedsydelser. For højrisikopatienter ses der en markant reduktion af forbruget af sundhedsydelser. Således er antallet af indlæggelser halveret, svarende til ca. 16.000 sengetimer årligt.

Interviews med sygeplejersker og læger indikerer, at Fleksible Indlæggelser skaber bedre patientforløb. Det gensidige kendskab til hinanden sikrer, at forløbene kan tilpasses patienterne og sikrer en effektiv opgaveløsning. Et godt samarbejde med akutteamet ved Silkeborg Kommune sikrer, at patienterne i højere grad kan forblive i eget hjem trods akut forværring. De specialeansvarlige overlæger vurderer endvidere, at sygeplejerskernes visitation er yderst tilfredsstillende og af høj kvalitet.

Konklusion

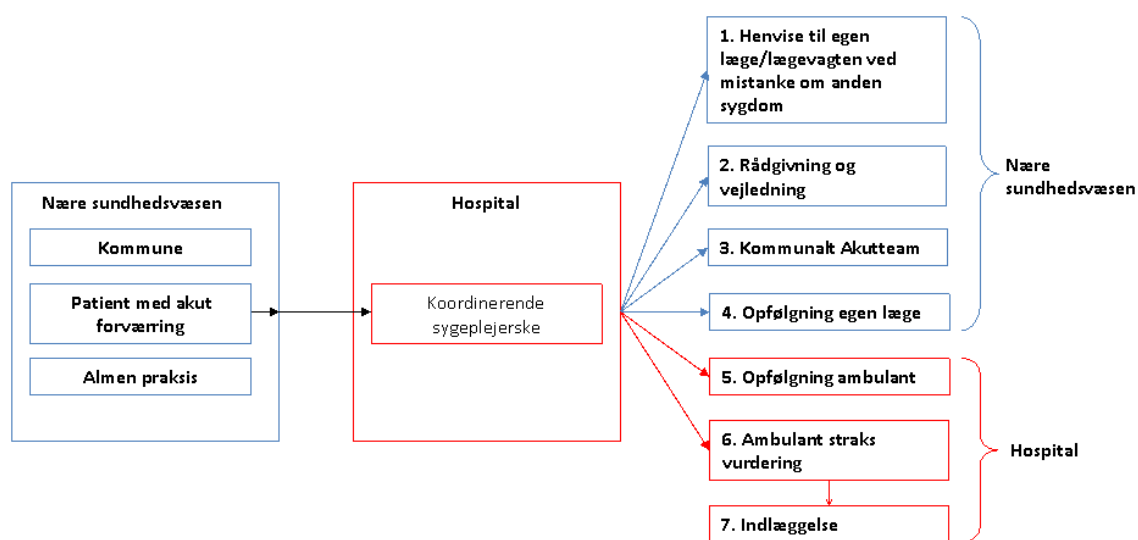
Resultaterne indikerer, at der kan være et lavere forbrug af sundhedsydelser ved at implementere Fleksible Indlæggelser. Personalet oplever stor værdi ved tilbuddet. Patientforløbene kan tilpasses mennesket bag patienten og det reducerer antallet af indlæggelser. Sygeplejerskerne visiterer endvidere hensigtsmæssigt. Resultaterne er dog foreløbige og skal undersøges nærmere i følgeforskningen.

1. Hvad er en Fleksibel Indlæggelse?

Med en Fleksibel Indlæggelse har patienten, eller en repræsentant for denne, mulighed for at henvende sig telefonisk til det relevante specialafsnit på hospitalet, i tilfælde af akut forværring af patientens kroniske sygdom. Tilbuddet gælder på alle tider af døgnet alle ugens syv dage.

En koordinerende sygeplejerske fra specialafsnittet besvarer opkaldet. Assisteret af en standardiseret spørgeguideline, danner sygeplejersken sig et overblik over patientens tilstand og har derefter mulighed for selvstændigt, eller efter konference med sygehuslæge, at henvise patienten til et af de syv alternativer, der er vist i figur 1.

Figur 1. Patientforløb med Fleksible Indlæggelser



Når en patient henvender sig, skal den koordinerende sygeplejerske vurdere om, patientens problemstilling er relateret til den kroniske sygdom, der ligger til grund for den Fleksible Indlæggelse. Hvis det ikke kan bekræftes, skal patienten henvende sig ved egen læge/lægevagt. Hvis det derimod skønnes, at tilstanden er relateret til den adgangsgivende sygdom, forsøger sygeplejersken at afslutte situationen i patientens nærmiljø, evt. med assistance fra Silkeborg Kommunes akutteam. Hvis det ikke skønnes tilstrækkeligt, modtages patienten direkte på specialafsnittet til en ambulant straks vurdering (alternativ 6 i figur 1). Kun hvis den ambulante vurdering ikke er tilstrækkelig, indlægges patienten. Ved fremmøde på specialafsnittet triageres patienten ligesom øvrige akutte patienter. Der er udarbejdet individuelle retningslinjer for modtagelse af patienter med Fleksible Indlæggelser for alle sygdomsgrupper.

1.1 Målgruppe

Fleksibel Indlæggelse er et tilbud til borgere i Silkeborg Kommune, der er kendt på Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt, med et aktivt ambulært forløb grundet en af de følgende kroniske sygdomme: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), inflammatoriske tarmsygdomme, leversvigt, hjerteflimren og hjertesvigt.

Inkluderede patienter informeres skriftligt og mundtligt om tilbuddet, når det konstateres, at de fremadrettet skal have en ambulært kontakt til et ambulatorium ved Diagnostisk Center, grundet en af de adgangsgivende sygdomme.

Patienten gøres opmærksom på, at der er tale om et tilbud. Således har patienten som vanligt mulighed for at kontakte egen læge eller lægevagt, hvis der opleves forværring af symptomerne eller hvis patienten ikke føler sig tryk, trods evt. kontakt til sygehuset. Der gøres ligeledes opmærksom på, at der som altid skal ringes 1-1-2 ved mistanke om en akut livstruende situation.

Tilbuddet om Flexibel Indlæggelse er kun gældende i den periode, hvor patienten følges i ambulatoriet, grundet sin kroniske sygdom. Patienter gøres opmærksom på dette ved start og afslutning af den adgangsgivende ambulante kontakt. Tilbuddet ophører ligeledes, hvis patienten flytter til en anden kommune.

2. Metode

2.1 Kvantitativ analyse

For at indikere de foreløbige effekter af Flexible Indlægger er der foretaget en før-efter analyse.

Data er indhentet fra Region Midtjyllands datavarehus og er behandlet efter gældende regler for kvalitetsudvikling. I det anvendte datasæt, er CPR-numre erstattet af krypterede værdier, ligesom navne og adresser ikke fremgår.

Der er indsamlet data for alle patienter, der fik tilbud om Flexibel Indlæggelse ved opstart af sygdomsgrupperne. Der er alene gennemført analyser for de patienter, der har fuld opfølgingsperiode. Det betyder, at patienter, der er døde i opfølgingsperioden, er ekskluderet. Før-perioden udgøres af året forinden implementering af Flexible Indlæggelser og efter-perioden er år 2 efter implementering. Resultaterne for år 1 er rapporteret i evalueringsrapporten for år 1.

For hver patient er det totale antal indlæggelser, sengetimer, indlæggelser på intensive sengeafsnit og akutte ambulante kontakter (kontakter til skadestue/modtagelse på akutafdeling) ved ethvert sygehus i Region Midtjylland opgjort i hhv. før- og efter-perioden. Enhver aktivitet af de ovenfor beskrevne typer er medtaget i opgørelserne og der er således

ikke taget højde for, hvorvidt disse relaterer sig til den Fleksible Indlæggelse.

Data er analyseret efter princippet om intention-to-treat. Der er ikke inkluderet patienter med hjerteflimren i analyserne, da forløb for disse patienter typisk er tidsbegrænset til ca. et år. Data er udpræget skæve med overrepræsentation af 0-værdier. Dette er både forventeligt og på linje med den eksisterende litteratur.¹ Således er der heller ikke gjort brug af gennemsnitsværdier, ligesom brugen af median ville være af begrænset værdi, da medianen altid vil være 0 og derfor vanskeligt kan indikere en central tendens eller udvikling over tid.

I opgørelserne af det totale forbrug af sundhedsydelser i før- og efter-perioderne, skelnes der imellem alle patienter og højrisikopatienter. Sidstnævnte udgøres af patienter med minimum én indlæggelse i før-perioden. Fremgangsmåden tager således hensyn til, at det aldrig vil være muligt at forbedre resultaterne for de patienter, der ikke har noget forbrug inden interventionsstart, da forbruget aldrig kan blive mindre end 0.

2.2 Kvalitativ analyse

Der er gennemført semistrukturerede interviews af to sygeplejersker og spørgeskemaundersøgelse med åbne spørgsmål af fem overlæger. Alle var ansat på Regionshospitalet Silkeborg. Efterfølgende er materialet blevet kodet og temaer er identificeret.

3. Resultater

3.1 Det siger personalet om Fleksible Indlæggelser

Det gode patientforløb

Det er gennemgående, at personalet oplever Fleksible Indlæggelser som en positiv udvidelse af i forvejen gode ambulante forløb. Nu er patienterne ikke blot dækket ind i dagtiden mandag til fredag, men også aften, nat, weekender og helligdage.

"Ved de mere presserende behov, for eksempel om aftenen og i weekender, er Fleksible Indlæggelser en naturlig udvidelse af det gode tilbud til patienterne" Overlæge

"Det giver tryghed for patienterne og sikrer en rationel afvikling af f.eks. DC-konverteringer for patienter med hjerteflimren" Overlæge

"Det forhindrer akutte indlæggelser, idet patienten ringer til nogen, der har indsigt i patientens historie. Vagtlæge, præhospital og Akutafdelinger bypasses" Overlæge

¹ Diehr P, Yanez D, et al. Methods for analyzing health care utilization and costs. *Annu Rev Public Health.* 1999;20:125-44.

Når patienterne kan følges både ved rutinemæssige konsultationer samt ved akutte behov, giver det andre forudsætninger for at vælge hensigtsmæssige løsninger.

"Før vi oprettede Flexible indlæggelse, ville de være henvist til at kontakte vagtlægen, som de ikke kender, og som ikke kender deres sygehistorie. Ofte vil det resultere i indlæggelse på en stor Akutafdeling, hvor man heller ikke kender patientens sygehistorie. Patienterne er ofte usikre i denne situation, og mange af dem vil vente for længe med at henvende sig, med det resultat at deres tilstand er blevet yderligere forværret" Overlæge

"De, som har oplevet at blive indlagt på Akutafdeling, har berettet, at de var usikre overfor, om de blev undersøgt/behandlet relevant og har derfor været frustrerede over forløbet."
Overlæge

Ikke mindst det personlige kendskab til patienten spiller en stor rolle. Patienterne er kendt i forvejen og det giver andre muligheder for at tilbyde en mere personligt tilpasset behandling.

"Altså, vi favner dem mere og de skal ikke sådan igennem egen læge eller vagtlægeordningen. Altså, de kender os og vi kender dem." Sygeplejerske

"Så ligeså snart vi hører, at nu ringer hr. Hansen; vi kender hans sygdomshistorie og vi ved, når han siger sådan, så har han sikkert helt ret" Sygeplejerske

"Med hendes rygsæk så ved vi, at hun har tendens til at ophobe CO_2 , så hvis hun får 10 liter ilt i ambulancen, så kan det let være, at hun er i CO_2 narkose, når hun kommer ind"
Sygeplejerske

"Det her ambulante, det handler jo om information, viden og tryghed, (..), det er ganske små tiltag, der gør, at så er de faktisk klar til selv at gå hjem igen" Sygeplejerske

Personalet udtrykker, at det er en stor faglig tilfredsstillelse at tilbyde gode og trygge forløb og se den glæde og taknemmelighed, som patienterne udviser ved tilbuddet om Fleksibel Indlæggelse.

"Altså for mig, der er det glæden ved at se patienternes glæde over det her. Det giver noget tilbage" Sygeplejerske

"Vi har hver især oplevet, at det her kan være til gavn, og vi kan finde ud af at etablere kontakten til hjemmeplejen, akutteamet og egen læge. Der bliver sådan en større samhørighed omkring patienten" Sygeplejerske

Sammen om patienten på tværs af sektorerne

Blandt respondenterne er der stor begejstring for samarbejdet med akutteamet ved Silkeborg Kommune. Samarbejdet udviser skillelinjerne imellem sektorerne og gør, at patienterne kan undersøges og behandles i hjemmet i stedet for at skulle indlægges.

"De er så klar, når vi ringer til dem derude" Sygeplejerske

"Det er altid: "jeg kører med det samme", selvom det er i lang pokker i vold. Der går lige lidt tid inden, jeg er derude og så laver man en aftale om, at vedkommende lige ringer op og siger, sådan og sådan står det til, og laver nogen aftaler" Sygeplejerske

"Jeg synes sådan generelt, at det er fantastisk eminent, og meget vigtigt, altså vigtigt for os, at de er vores øjne for os herinde" Sygeplejerske

Fleksible Indlæggelser er udviklet i et tæt samarbejde imellem personale og ledere fra hospital, kommune samt de alment praktiserende læger. Samarbejdet har forstærket relationerne på tværs og det kan mærkes hos det faglige personale. Her oplever de, at processerne er blevet mere smidige og der er en større vilje til at hjælpe hinanden og finde pragmatiske løsninger på små og store problemer.

"Mangler de en maske eller mangler de et eller andet derude, som gør et eller andet, så kommer de op og henter det ved os" Sygeplejerske

"Det var ikke så ofte, at de var inde over, hvor de kunne forebygge en indlæggelse. Men det er det i høj grad nu" Sygeplejerske

Udfordringerne

Når man indfører store forandringer i hverdagen for personalet, vil det nødvendigvis medføre frustrationer og give anledning til udfordringer, der skal løses. Det var også den oplevelse, som personalet havde da Fleksible Indlæggelser skulle implementeres.

"Der var sådan lige lidt frustration over det, at vi skulle i gang med det, og hvad er det helt præcist, vi går ind til. Men jeg synes, da vi først lige havde slugt de første besøg og fundet ud af, at det her, det kan vi godt" Sygeplejerske

Udfordringerne var først og fremmest tekniske. De nye arbejdsgange fordrer, at der skulle registreres og dokumenteres anderledes i systemet, Elektronisk Patientjournal (EPJ). Det krævede træning og tilvænning.

"Sådan rent teknisk i EPJ har der været nogle udfordringer. Men ikke nogen udfordringer, der ikke kan løses hen ad vejen" Sygeplejerske

"Det kan godt være, at vi ikke har fået det dokumenteret helt korrekt inde i EPJ, men altså vi er da godt klar over, hvornår det overgår fra det ene til det andet" Sygeplejerske

En af de mærkbare ændringer var, at patienter som tidligere blev modtaget som indlagte på sengeafsnittet nu i stedet skulle betragtes som ambulante patienter til vurdering af behov for indlæggelse.

"Men altså, det med at der lige pludselig fungerer en ambulant virksomhed ved siden af vores normale gang, det har udfordret os lidt" Sygeplejerske

Denne udfordring med omlægning fra indlagt til ambulant var også gældende for lægerne på Diagnostisk Center.

"Det har de nok ikke helt sådan i detaljer styr på, også at man faktisk ikke behøves at indlægge, men de må gerne komme hjem igen" Sygeplejerske

"Men det tænker jeg, at det er lidt ligesom, at vi skal lære det som sygeplejerske, så skal de yngre læger, de har jo heller ikke været her i evigheder på hospitalet, der er mange forskellige tilbud i de forskellige afsnit, og hvad gør man lige her, og hvad gør man lige der" Sygeplejerske

"Det er helt klart, at når sygeplejerskerne har ringet og sagt, at der kommer en patient, så kommer lægerne og tager imod" Sygeplejerske

3.2 Når sygeplejersker skal visitere

Med Fleksible Indlæggelser er sygeplejerskerne bragt helt i front. Hvor patienterne tidligere har kontaktet egen læge eller lægevagten ved akut forværring, er det nu en koordinerende sygeplejerske på specialafsnittet, der modtager opkaldene fra patienterne og visiterer til det rette tilbud.

I samarbejde med de specialeansvarlige overlæger er der udarbejdet guides som en hjælp til sygeplejerskerne, når patienterne ringer.

Derudover er der løbende undervisning af sygeplejerskerne, så der sikres et konsistent fagligt højt niveau af visitationen. Allervigtigst er imidlertid den daglige mulighed for sparring med speciallægerne fra afdelingen. Her drøftes patientcases jævnligt, og der eksisterer et lærende tværfagligt miljø. Hvis sygeplejersken har brug for sparring omkring et aktuelt patientforløb, er

vagtholdet altid tilgængeligt og kan yde støtte. Dette er dog sjældent nødvendigt. Blandt de specialeansvarlige overlæger er der stor tilfredshed med kvaliteten af den visitation, som de koordinerende sygeplejersker leverer.

"Vi har kun haft gode erfaringer. Man må naturligvis sikre, at sygeplejerskerne altid er relevant opdaterede, men det varetages ved undervisning i afdelingen, som alligevel bør foretages for at sikre, at sygeplejerskerne er fagligt rustede til at varetage indlæggelser indenfor samme sygdomme" Overlæge

"Vi har ikke oplevet nogen uhensigtsmæssige visitationer. Patienterne har ofte også et godt kendskab til deres egen sygdom, og sygeplejersken har jo altid mulighed for at tage patienten ind" Overlæge

Udover høje faglige kompetencer blandt sygeplejerskerne er også grundige instruktioner og et forsigtighedsprincip med til at understøtte den høje kvalitet.

"Vores sygeplejersker administrerer henvendelserne på FLEX telefonen efter grundig skriftlig instruktion, samt daglige mundtlige drøftelser. Vi har altid haft et "sikkerhedsprincip" med en defensiv sygeplejevisitation. Dvs. ved tvivl - lægedrøftelse på lav tærskel" Overlæge

Et centralt princip for Fleksible Indlæggelser er, at kun tilstande, der kan relateres til den adgangsgivende kroniske sygdom, skal håndteres via tilbuddet.

Det rummer naturligvis en udfordring for de koordinerende sygeplejersker. Det at gennemskue, når symptomer evt. skyldes andre sygdomme end den umiddelbart oplagte, er en universel udfordring for alle visiterende læger og sundhedsprofessionelle.

Derfor har det også været helt centralt, at klæde de koordinerende sygeplejersker på til at kunne håndtere denne udfordring. Erfaringen fra hverdagen er, at det i høj grad er lykkedes, og dette bekræftes også af de specialeansvarlige overlæger.

"Sygeplejerskerne er i deres telefoninterview med patienterne meget opmærksomme på, om den sygdomsforværring de beskriver, er knyttet til deres grundlidelse. Hvis sygeplejersken ikke skønner, at det er tilfældet, får patienterne at vide, at de i stedet skal kontakte vagtlægen, således at det sikres, at de modtager relevant udredning og behandling" Overlæge

"Komorbiditet og differential diagnoser er en meget vanskelig problemstilling i det hele taget for telefonisk kontakt/visitation. Jeg oplever en ret god evne hos sygeplejerskerne til at reagere på væsentlige differentialdiagnoser" Overlæge

"Jeg oplever en udmærket håndtering af dette, og der er en god dialog med vagthavende

3.3 Det kommunale akutteam forhindrer indlæggelser

Samarbejdet imellem hospital og kommune har været et omdrejningspunkt for Fleksible Indlæggelser. Det er velkendt, at det velfungerende samarbejde kan reducere unødige indlæggelser, og meget tyder på, at ambitionen om netop dette er opnået.

En opgørelse udført af akutteamet ved Silkeborg Kommune viser, at deres indsats sandsynligvis har bidraget til et markant antal undgåede indlæggelser i 2017 (Tabel 1). Tallene viser, at over halvdelen af de tilfælde, hvor akutteamet blev involveret (61 %), kunne patienten undgå en tur på hospitalet.

Tabel 1. Akutteamets assistancer i 2017 ved patienter med Fleksibel Indlæggelse

Antal besøg i 2017	Patienter der efterfølgende måtte på hospitalet	Patienter der blev færdigbehandlet i hjemmet	Procentandel der blev færdigbehandlet i hjemmet
114	45	69	61 %

Uagtet det eksakte antal forebyggede indlæggelser, støtter tallene op om den markante tilfredshed, der er fra hospitalets side med samarbejdet, som det tidligere er blevet beskrevet i årsrapporten. De følgende to cases beskriver, hvordan samarbejdet bidrager til hensigtsmæssige løsninger for patienter, der har Fleksible Indlæggelser.

Case 1 – Kendskab til patienten medførte hurtig løsning i hjemmet

Henvendelse til det kommunale akutteam fra den koordinerende sygeplejerske for Fleksible Indlæggelser, der ønsker vurdering af KOL-borger, som har forværring i almen tilstand.

Akutteamet tilser borger indenfor 1 time. Borgeren er i den sidste fase af livet og ønsker at forblive i eget hjem den sidste tid. Ønsker ikke indlæggelse.

Borgeren er meget angst og føler sig kvalt i hosteanfald. Akutteamet kontakter derfor den koordinerende sygeplejerske for Fleksible Indlæggelser med forespørgsel om udlån af udstyr til eget hjem. Sygeplejersken på afdelingen kender borgeren og vurderer også, at denne kan have glæde af udstyret.

Det er lørdag eftermiddag, så akutteamet tager kontakt til vagthavende fysioterapeut i kommunen. Fysioterapeuten kommer hurtigt og hjælper med at opsætte udstyret. Borgeren føler hurtigt effekt og de store hosteanfald med kvælningssensation forsvinder.

14 dage efter får borgeren fortsat hjælp fra udstyret i hjemmet, som nu er videregivet til hjemmeplejen efter oplæring.

Case 2 – Når behandlingen kan opstartes i hjemmet

Akutteamet kontaktes af den koordinerende sygeplejerske for Fleksible Indlæggelser midt om natten.

Borgeren har ringet til afdelingen, da han ikke føler, at han kan trække vejret. Han er kendt med KOL.

Akutteamet bidrager med forskellige diagnostiske undersøgelser af borgeren.

Borgeren har haft det dårligt de sidste par dage med åndenød og hoste.

Borgeren har medicin, der kan opstartes i hjemmet, da denne har en selvbehandlingsplan. Behandlingen aftales med den koordinerende sygeplejerske for Fleksible Indlæggelser, og akutteamet igangsætter behandlingen med det samme.

Det aftales med den koordinerende sygeplejerske, at borgeren skal komme til tjek på Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg om få dage til opfølgning. Han ringer selv derind og aftaler tidspunkt og kan selv arrangere transport.

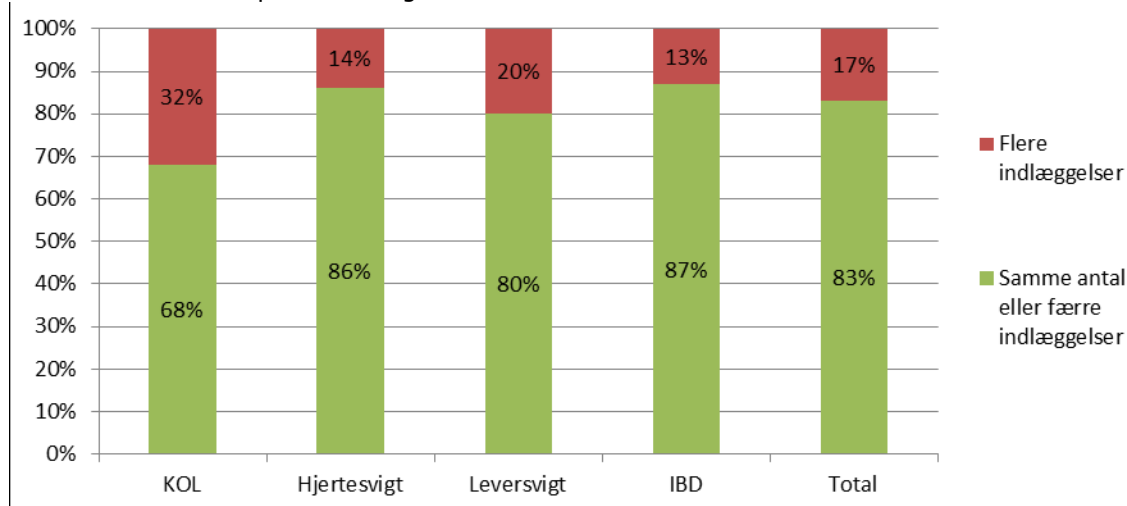
3.4 Forbrug af akutte sundhedsydelse

3.4.1 Akutte indlæggelser – alle patienter

Ved sammenligning af antallet af indlæggelser i år 2 efter implementering af Fleksible Indlæggelser og året forinden implementering (Figur 2) viser resultaterne, at langt størstedelen af patienterne har samme antal eller færre indlæggelser.

Resultaterne indikerer således, at Fleksible Indlæggelser ikke har skabt en såkaldt stærekasse effekt, hvor patienterne benytter sig af tilbuddet i en grad, der skaber unødigt stor hospitalsaktivitet. Tværtimod synes forbruget af sundhedsydelse at stagnere på trods af, at sygdommene måtte formodes at tiltage i sværhedsgrad fra år til år og derved øge forbruget af sundhedsydelse.

Figur 2. Andelen af patienter med indlæggelser i år 2 efter implementering af Fleksible Indlæggelser versus året inden implementering.



3.4.2 Forbrug af sundhedsydelse – Højrisikopatienter

I tabellerne 2-8 er resultaterne angivet for totalt forbrug af sundhedsydelse i året før implementering af Fleksible Indlæggelser og i år 2. Det ses, at der for hele populationen konsistent sker reduktioner af forbruget.

Table 2. Total antal indlæggelser året før og år 2 efter implementering af Fleksible Indlæggelser

Indlæggelser	Antal før	Antal år 2	Difference (%)
KOL (n=50)	97	64	-33 (-34 %)
Hjertesvigt (n=56)	123	63	-60 (-49 %)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=61)	102	33	-69 (-68 %)
Leversvigt (n=13)	30	28	-2 (-7 %)
Total (n=180)	352	188	-164 (-47 %)

Tabel 3. Total antal sengetimer året før og år 2 efter implementering af Fleksible Indlæggelser

Sengetimer	Antal før	Antal år 2	Difference (%)
KOL (n=50)	7.793	4.100	-3.693 (-47 %)
Hjertesvigt (n=56)	11.039	4.959	-6.080 (-55 %)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=61)	6.534	1.254	-5.280 (-81 %)
Leversvigt (n=13)	2.861	1.961	-900 (-31 %)
Total (n=180)	28.227	12.274	-15.953 (-57 %)

Tabel 4. Total antal ambulante besøg året før og år 2 efter implementering af Fleksible Indlæggelser

Ambulante besøg	Antal før	Antal år 2	Difference (%)
KOL (n=50)	469	540	+71 (+15 %)
Hjertesvigt (n=56)	865	601	-264 (-31 %)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=61)	718	534	-184 (-26 %)
Leversvigt (n=13)	139	174	+35 (+25 %)
Total (n=180)	2.191	1.849	-342 (-16 %)

Tabel 5. Total antal akutambulante besøg året før og år 2 efter implementering af Fleksible Indlæggelser

Akutambulante besøg	Antal før	Antal år 2	Difference (%)
KOL (n=50)	14	10	-4 (-29 %)
Hjertesvigt (n=56)	30	12	-18 (-60 %)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=61)	19	17	-2 (-11 %)
Leversvigt (n=13)	11	2	-9 (-82 %)
Total (n=180)	74	41	-33 (-45 %)

Tabel 6. Total antal intensive indlæggelser året før og år 2 efter implementering af Fleksible Indlæggelser

Intensive indlæggelser	Antal før	Antal år 2	Difference (%)
KOL (n=50)	3	3	0 (0 %)
Hjertesvigt (n=56)	11	7	-4 (-36 %)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=61)	4	2	-2 (-50 %)
Leversvigt (n=13)	2	0	-2 (-100 %)
Total (n=180)	20	12	-8 (-40 %)

Tabel 7. Total antal kontakter til almen praksis i dagtid året før og år 2 efter implementering af Fleksible Indlæggelser

Kontakter til almen praksis - dagtid	Antal før	Antal år 2	Difference (%)
KOL (n=50)	857	806	-51 (-6 %)
Hjertesvigt (n=56)	852	610	-242 (-28 %)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=61)	755	688	-67 (-9 %)
Leversvigt (n=13)	192	132	-60 (-31 %)
Total (n=180)	2.656	2.236	-420 (-16 %)

Tabel 8. Total antal kontakter til lægevagten året før og år 2 efter implementering af Fleksible Indlæggelser

Kontakter til lægevagten	Antal før	Antal år 2	Difference (%)
KOL (n=50)	120	55	-65 (-54 %)
Hjertesvigt (n=56)	63	69	+6 (+10 %)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=61)	113	81	-32 (-28 %)
Leversvigt (n=13)	24	29	+5 (+21 %)
Total (n=180)	320	234	-86 (-27 %)

4. Diskussion

De kvantitative resultater ligner de resultater, der kunne påvises i den første årsrapport. Der kan være flere årsager til de konsistente reduktioner. En mulig forklaring kan være, at den frie adgang til det kendte og specialiserede sundhedsvæsen medvirker til større tryghed for patienterne. Trygheden kan potentielt reducere bekymringer og angst og derved behovet for de kontakter til sundhedsvæsenet, der er forårsaget af netop angst og utryghed.²

En anden forklaring kan være, at patienter med Fleksibel Indlæggelse tager tidligere kontakt, når de oplever en forandring af deres sygdomstilstand. Hvis det er tilfældet, kan indsatsen fremskyndes, hvorfor den akutte udredning og behandling kan gennemføres med brug af færre ressourcer. Reduktionerne af akutte ambulante kontakter og indlæggelser på intensive sengeafsnit, kan tolkes som en bekræftelse af disse antagelser, da de indikerer, at patienternes tilstand sjældnere udvikles til et stadie, der påkræver 1-1-2 opkald eller intensiv behandling.

I fortolkningen af de resultater, der vedrører indlæggelser og sengetimer, bør det indgå, at patienter med Fleksible Indlæggelser som udgangspunkt modtages i et ambulante tilbud inden, der evt. konverteres til indlæggelse. Med denne fremgangsmåde kan det med rimelighed antages, at en andel af reduktionen af indlæggelser og sengetimer blot er konverteret til ambulante besøg. Data understøtter imidlertid ikke denne antagelse, da der også kan ses en reduktion i det samlede antal ambulante besøg. Det ville være forventeligt, at antallet af ambulante besøg ville stige, hvis det reducerede antal indlæggelser primært var konverteret til ambulante besøg. Ligeledes viser resultaterne, at aktiviteten ikke blot er flyttet til de alment praktiserende læger. En stigning må imidlertid forventes ved det kommunale akutteam. Dette er dog både hensigtsmæssigt og tilsigtet, da tilbuddet netop søger at afvikle aktivitet på det laveste effektive omkostningsniveau.

Anvendelsen af før-efter analyser har flere begrænsninger, som bør tages i betragtning. For det første er der en væsentlig risiko for fejlagtigt at tilskrive en naturlig udvikling eller regression mod gennemsnittet, som værende effekten af et iværksat tiltag. På samme vis er det heller ikke muligt at skelne mellem effekten af det iværksatte tiltag og effekten af andre nye initiativer, hvis implementeringen har tidsmæssigt sammenfald. Derfor skal resultaterne af en før-efter analyse ikke tolkes som et bevis på kausalt årsagssammenhæng mellem tiltag og den observerede effekt.³ En tilnærmelse heraf påkræver et kontrolleret studiedesign, der sammenligner behandlingsresultaterne for patienter, der modtager interventionen med sammenlignelige patienter, der ikke modtager interventionen.

² Laurin C, Moullec G, et al. Impact of anxiety and depression on chronic obstructive pulmonary disease exacerbation risk. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012 May 1;185(9):918-23.

³ Grimshaw J, Campbell M, et al. Experimental and quasi-experimental designs for evaluating guideline implementation strategies. *Fam Pract.* 2000 Feb;17 Suppl 1:S11-6

Ved eksklusion af døde sikres det, at alle de patienter, der indgår i analyserne, har det samme antal dage i risiko i både før- og efter-perioden. Derimod er det velkendt, at patienter som oftest har et større forbrug af sundhedsydelse i den sidste tid inden livets afslutning, hvorfor fremgangsmåden giver risiko for at udelade patienter med et særligt stort forbrug af sundhedsydelse. Det må dog anses som tvivlsomt, om en intervention som Fleksible Indlæggelser kan forventes at have en effekt målt i forbrug af sundhedsydelse, for patienter i den sidste fase inden livets afslutning.

De kvalitative resultater indikerer, at reduktionerne kan skyldes en bedre tilrettelæggelse af patientforløbene. Det gensidige kendskab samt blikket for mulighederne ved de nære sundhedstilbud er formentlig en årsag til, at indlæggelser kan reduceres.

5. Konklusion

Langt størstedelen af de patienter, der får en Fleksibel Indlæggelse, stagnerer i sit forbrug af sundhedsydelse, når året inden implementering af Fleksible Indlæggelser sammenlignes med år 2 efter. Højrisikopatienter oplever et markant reduceret forbrug af sundhedsydelse i samme periode.

De kvalitative resultater viser, at læger og sygeplejersker oplever stor værdi ved tilbuddet. Der kan i højere grad skabes individuelle patientforløb, der imødekommer personen bag patienten. Det betyder ligeledes, at personalet oplever, at indlæggelser undgås, fordi mulighederne i de nære sundhedstilbud i højere grad kan anvendes. Der er blandt personalet ingen oplevelse af bivirkninger eller uhensigtsmæssigheder ved Fleksible Indlæggelser. Det lyder enstemmigt fra de specialeansvarlige overlæger, at den sygeplejefaglige visitation er af høj kvalitet. Der opleves ikke uhensigtsmæssigheder, hvilket synes at skyldes stor lokal ekspertise, personligt kendskab til patienterne samt god sparring faggrupperne imellem.

De kvantitative analyser baserer sig på før-efter analyser og det giver ikke grundlag for at drage konklusioner om årsagssammenhæng mellem indførelsen af Fleksible Indlæggelser og de opnåede resultater. De variationer der sker imellem årene, kan potentielt skyldes en naturlig udvikling i patienternes tilstand eller tidmæssigt sammenfald med implementeringen af andre initiativer.

Såvel kvalitative som kvantitative analyser er genstand for mere rigide forskningsmæssige undersøgelser. Derfor skal de positive resultater i nærværende rapport alene anses og fortolkes som foreløbige indikationer. Resultaterne bekræfter imidlertid, at Fleksible Indlæggelser synes at besidde et potentiale til at reducere akutte indlæggelser, intensive indlæggelser, ambulante besøg samt kontakter til de alment praktiserende læger. Dette er opnået samtidig med, at tilbuddet synes at øge kvaliteten af patientforløbene, aflaste personalet på sengeafdelingerne samt reducere udgifterne til sundhedsvæsenet.