

Styregruppen for Fleksible Indlæggelser

1-års evaluering af Fleksible Indlæggelser



Regionshospitalet
Silkeborg
Diagnostisk Center



December 2016. Silkeborg.

Indhold

Resumé.....	1
1. Indledning	2
2. Om Fleksible Indlæggelser	2
2.1 Målgruppe	3
2.2 Projektorganisering	3
3. Metode	3
3.1 Design og data	3
3.2 Population og opfølgingsperiode	3
3.3 Effektmål og statistik	4
4. Resultater	4
4.1 Inkluderede patienter	4
4.2 Telefonopkald	4
4.3 Ambulante straksvurderinger	5
4.4 Forbrug af sundhedsydelser før-efter Fleksible Indlæggelser	5
5. Diskussion	8
6. Konklusion	9

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

Agnete Hedemann Nielsen, ledende overlæge
Diagnostisk Center – Hospitalsenhed Midt
@ agnete.hedemann.nielsen@midt.rm.dk

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

Resumé

Indledning

Silkeborg Kommune, Diagnostisk Center – Hospitalsenhed Midt samt praksiskonsulent for Diagnostisk Center, Estrid Muff Aagaard har udviklet Fleksible Indlæggelser.

Med Fleksible Indlæggelser har patienter med specifikke kroniske sygdomme mulighed for at henvende sig telefonisk til hospitalet, i tilfælde af akut forværring af patientens kroniske sygdom på alle tider af døgnet, alle ugens syv dage. Tilbuddet gælder for patienter fra Silkeborg Kommune, der følges ambulante på Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt. Formålet med nærværende evalueringsrapport er at orientere om Fleksible Indlæggelser som tiltag og præsentere de foreløbige resultater ét år efter opstart.

Metode

For at indikere de foreløbige effekter af Fleksible Indlægger er der foretaget en før-efter analyse. Der er indsamlet data for alle patienter, der fik tilbud om Fleksibel Indlæggelse ved opstart. Der er alene gennemført analyser for de patienter, der har fuld opfølgingsperiode. For hver patient er det totale antal indlæggelser, sengetimer, indlæggelser på intensive sengeafsnit og akutte ambulante kontakter på ethvert sygehus i Region Midtjylland opgjort i hhv. et år før Fleksible Indlæggelser og et år efter.

Resultater

I alt fik 1033 patienter tilbud om Fleksible Indlæggelse ved opstarten af tiltaget. Af disse har i alt 975 patienter fuld opfølgingsperiode. Resultaterne viser, at langt størstedelen af de patienter der får en Fleksibel Indlæggelse, stagnerer i sit forbrug af sundhedsydelse. For hele populationen kan det ses, at 85 % har færre eller et uændret antal indlæggelser, 84 % har færre eller et uændret antal sengetimer, 92 % har færre eller et uændret antal akutte ambulante kontakter og 93 % har færre eller et uændret antal intensive indlæggelser. Endvidere kan det ses, at de patienter, der i forvejen havde et forbrug af sundhedsydelse, har et væsentligt reduceret forbrug i året efter, at de tildeles en Fleksibel Indlæggelse. For denne gruppe er antallet af indlæggelser reduceret med 48 %, sengetimer er reduceret med 57 %, akutte ambulante kontakter er reduceret med 81 % og intensive indlæggelser er reduceret med 100 %.

Diskussion

Resultaterne baserer sig på før-efter analyser og giver derfor ikke grundlag for at drage konklusioner om årsagssammenhæng mellem indførelsen af Fleksible Indlæggelser og de opnåede resultater. Resultaterne kan potentielt skyldes en naturlig udvikling i patienternes tilstand eller tidmæssigt sammenfald med implementeringen af andre initiativer.

Konklusion

På trods af flere væsentlige forbehold og metodemæssige svagheder, tyder de første resultater på, at der kan være et lavere forbrug af hospitalsydelser efter indførelse af Fleksible Indlæggelser. Resultaterne skal bekræftes i et ph.d.-projekt, hvor der laves opfølgning og sammenligning med matchede patienter.

1. Indledning

For kommuner, almen praksis og hospitaler i Region Midtjylland danner Sundhedsaftalen 2015-2018¹ rammen for det tværsektorielle samarbejde. Aftalens formål er at sikre et velfungerende samarbejde på tværs af sektorerne med udgangspunkt i en sammenhængende og velkoordineret indsats. Herunder er det specifikt et mål at forebygge indlæggelser samt at tilbyde behandling i patientens nærmiljø.

I organiseringen af sådanne initiativer efterspørges der grænsekrydsende ledelse, der sætter borgernes interesser før sektorinteresser.

Som et resultat af Sundhedsaftalen 2015-2018 har Silkeborg Kommune, Diagnostisk Center – Hospitalsenhed Midt - samt praksiskonsulent for Diagnostisk Center, Estrid Muff Aagaard, udviklet Fleksible Indlæggelser. Formålet hermed var at:

- Udvikle excellente forløb for borgere med kroniske lidelser, der sikrer den rette udredning og behandling på rette sted til rette tid, herunder sikring og tildeling af afledte regionale og kommunale ydelser, der kan understøtte borgeren i at mestre eget liv.
- Undersøge om patientoplevelset, faglig og organisatorisk/økonomisk kvalitet kan udvikles og optimeres via konceptet Fleksible Indlæggelser.

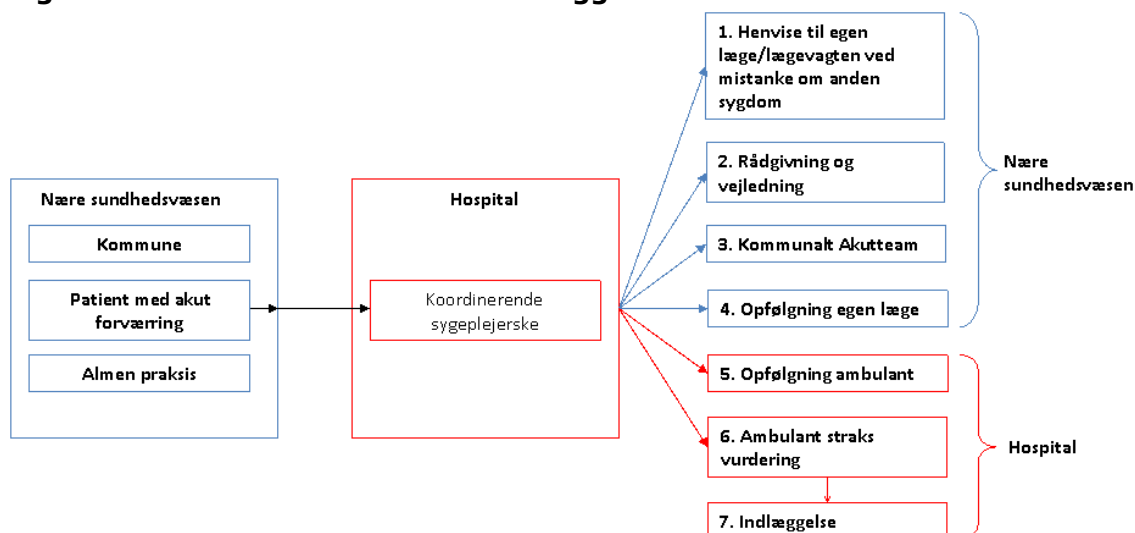
Formålet med nærværende evalueringsrapport er at orientere om Fleksible Indlæggelser som tiltag og præsentere de foreløbige resultater ét år efter opstart.

2. Om Fleksible Indlæggelser

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 guideline, 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. Patient flow i Fleksible Indlæggelser



¹ Sundhedsaftalen 2015 – 2018. Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner. 1. februar 2015.

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 (alternativerne 2-4 i figur 1) eller ved et subakut ambulantly tilbud på hospitalet. Hvis det ikke skønnes tilstrækkeligt, modtages patienten direkte på specialafsnittet til en ambulantly straksvurdering (alternativ 6 i figur 1). Kun hvis den ambulantly vurdering ikke er tilstrækkelig, indlægges patienten.

Ved fremmøde på specialafsnittet triageres patienten ligesom øvrige akutte patienter. Tiageringen afgør hvor hurtigt patienten ses af en læge. Der er udarbejdet individuelle retningslinjer for modtagelse af patienter med Fleksible Indlæggelser for alle sygdomsgrupper.

2.1 Målgruppe

Fleksibel Indlæggelse er et tilbud til borgere i Silkeborg Kommune, der er kendt på Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt, med et aktivt ambulantly forløb grundet en af de følgende kroniske sygdomme:

- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Colitis Ulcerosa og Morbus Crohn (inflammatoriske tarmsygdomme)
- Leversvigt
- Hjerteflimren
- Hjertesvigt

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

Patienten gøres skriftligt og mundtligt 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 akut forværring af den kroniske sygdom. Der gøres ligeledes opmærksom på, at der skal ringes 1-1-2 i en akut livstruende situation.

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

2.2 Projektorganisering

Fleksible Indlæggelser har en tværsektoriel styregruppe med deltagelse af repræsentanter fra Silkeborg Kommune, Diagnostisk Center – Hospitalsenhed Midt samt praksiskonsulent for Diagnostisk Center, Estrid Muff Aagaard. Formandsskabet for Fleksible Indlæggelser er delt imellem Inge Bank, sundheds- og omsorgschef, Silkeborg Kommune og Agnete Hedemann Nielsen, ledende overlæge, Diagnostisk Center.

3. Metode

3.1 Design og data

For at indikere de foreløbige effekter af Fleksible 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.

3.2 Population og opfølgingsperiode

Der er indsamlet data for alle patienter, der fik tilbud om Fleksibel 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 ekskluderede.

Før- og efter perioder for sygdomsgrupperne er beskrevet i tabel 1.

Tabel 1. Datoer for før- og efter perioder		
	Før-periode	Efter-periode
KOL	17.08.2014 – 16.08.2015	17.08.2015 – 16.08.2016
Inflammatoriske tarmsygdomme og leversvigt	26.10.2014 – 25.10.2015	26.10.2015 – 25.10.2016
Hjertesvigt og hjerteflimren	02.11.2014 – 01.11.2015	02.11.2015 – 01.11.2016

3.3 Effektmål og statistik

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. For patienter med hjerteflimren skal det i den forbindelse bemærkes, at det typiske ambulante forløb er tidsbegrænset til ca. et år. Da den Fleksible Indlæggelse ophører ved ambulatorieforløbets afslutning, betyder det, at resultaterne inkluderer patienter, der reelt ikke har haft en Fleksibel Indlæggelse i den fulde opfølgingsperiode.

Data er udpræget skæve med overrepræsentation af 0-værdier. Dette er både forventeligt og på linje med den eksisterende litteratur.² 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 efterperioderne, er der alene medtaget patienter, der som minimum har én enhedsforbrug af den relevante sundhedsydelse i året inden Fleksible Indlæggelser. 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.

4. Resultater

4.1 Inkluderede patienter

Af tabel 2 fremgår det, hvor mange patienter der fik tilbud om Fleksibel indlæggelse ved inklusionsopstart af de forskellige sygdomsgrupper.

Tabel 2. Inkluderede patienter	
Sygdomsgruppe	Antal inkluderede
KOL	195
Hjertesvigt	136
Hjerteflimren	211
Leversvigt	48
Inflammatoriske tarmsygdomme	443
I alt	1033

4.2 Telefonopkald

Hvis en patient med mulig akut forværring ønsker at gøre brug af sin Fleksible Indlæggelse, skal patienten telefonisk kontakte det relevante specialafsnit via et udleveret telefonnummer. Opkaldet besvares af en koordinerende sygeplejerske, der dokumenterer opkaldet i den elektroniske patientjournal.

Den korrekte registrering heraf, danner baggrund for opgørelsen af modtagne telefonopkald, som er vist i tabel 3.

Resultaterne indikerer, at de koordinerende sygeplejersker gennemsnitligt modtager mindre end ét opkald pr. dag. Det er sandsynligt, at resultaterne underestimerer det virkelige antal

² Diehr P, Yanez D, et al. Methods for analyzing health care utilization and costs. *Annu Rev Public Health.* 1999;20:125-44.

opkald, da dokumentationspraksis indebærer en vis risiko for fejlagtig dokumentation af telefonopkaldene.
 Sammenholdes resultaterne med tidligere gennemførte journalaudits, burde der være ca. 20 % flere telefonopkald, end hvad der fremgår af tabel 3.

Tabel 3. Telefonopkald		
	Gennemsnitligt pr. måned	Total i perioden
KOL (aug. 2016 – aug. 2017)	21	268
Leversvigt og Inflammatoriske tarmsygdomme (okt. 2016-okt. 2017)	10	131
Hjertesvigt og hjerteflimmer (nov. 2016- nov. 2017)	19	242
I alt	49	641

4.3 Ambulante straksvurderinger

Forud for enhver indlæggelse af patienter der henvender sig via Fleksible Indlæggelser er det hensigten, at patienterne først vurderes i et ambulante tilbud.

Tabel 4 viser det totale antal ambulante straksvurderinger i det første år samt det gennemsnitlige antal pr. måned.

Resultaterne indikerer, at der skulle foregå mellem 4-11 ambulante straksvurderinger pr. måned i sygdomsgrupperne. Resultaterne underestimerer formentligt det reelle antal. Der er tale om en både faglig og registreringsmæssig ny arbejdsgang, når der skal udføres ambulante besøg på et sengeafsnit, hvorfor det må forventes, at der er en læringsfase inden de ambulante straksvurderinger anvendes til fulde og registreres korrekt. Tallene indeholder både straksvurderinger, der endte med indlæggelse og straksvurderinger, hvor patienterne efterfølgende kunne afsluttes. Tidligere journalaudits har vist, at ca. 50-60 % af de patienter, der modtages til ambulante straksvurdering kan afsluttes uden indlæggelse.

Tabel 4. Ambulante straksvurderinger		
	Gennemsnitligt pr. måned	Totalt for perioden
KOL (aug. 2016 – aug. 2017)	9	120
Leversvigt og Inflammatoriske tarmsygdomme (okt. 2016-okt. 2017)	4	54
Hjertesvigt og hjerteflimren (nov. 2016- nov. 2017)	11	139
I alt	24	313

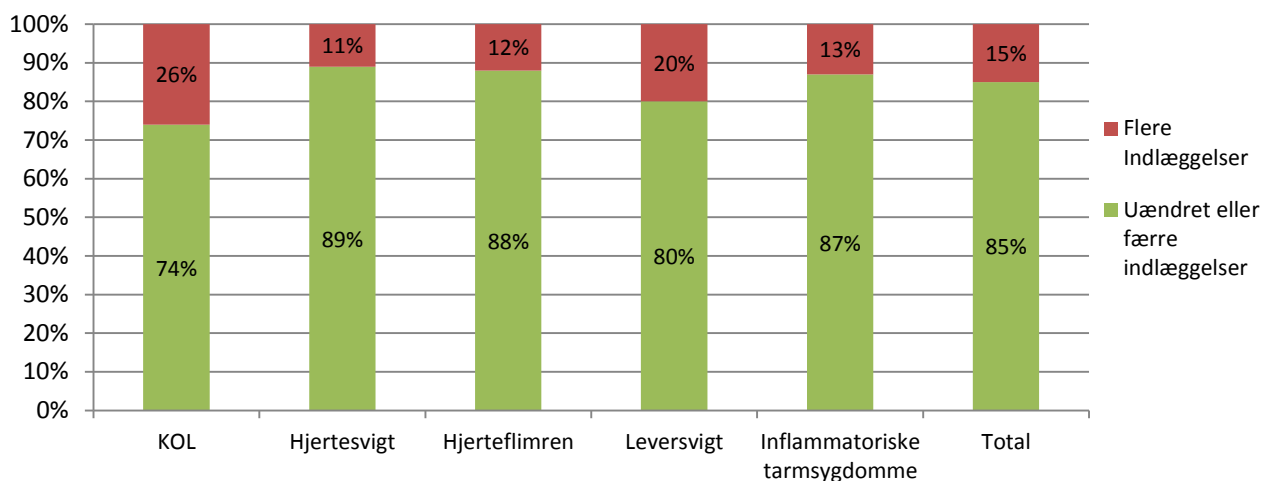
4.4 Forbrug af sundhedsydelse før-efter Fleksible Indlæggelser

Af tabel 5 og figurerne 1-4 fremgår det, at langt størstedelen af patienterne, på tværs af alle sygdomsgrupper, har et uændret eller lavere forbrug af sundhedsydelser i året efter, at Fleksible Indlæggelser blev indført, sammenlignet med året forinden. Resultaterne indikerer altså en stagnation af en udvikling, som ellers kunne formodes at være tiltagende over tid.

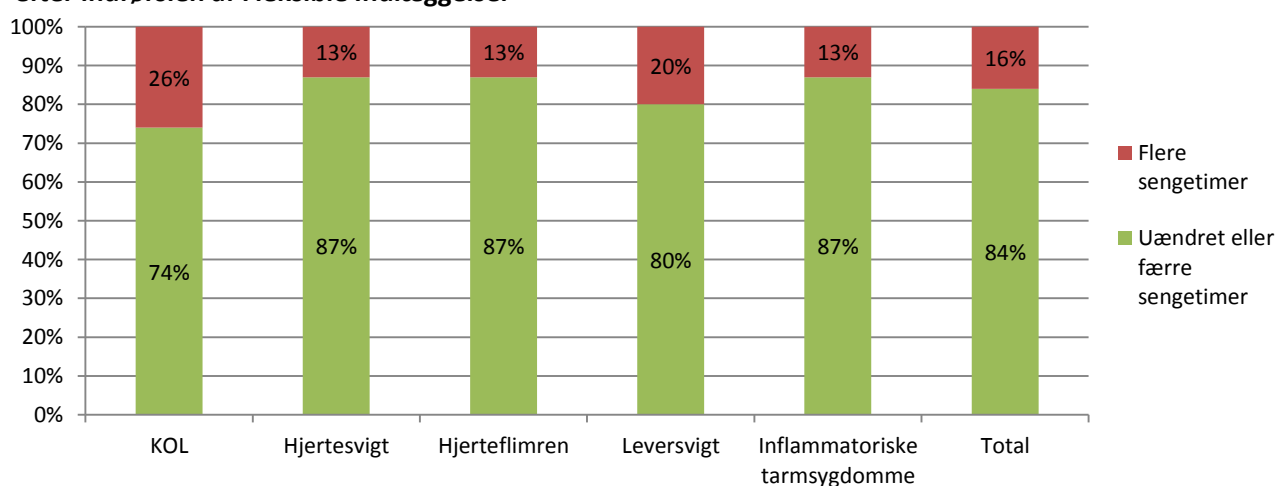
Tabel 5. Procentandel patienter med samme eller mindre forbrug af sundhedsydelse i året efter indførsel af Fleksible Indlæggelser.				
% (n)	Indlæggelser	Sengetimer	Akutte ambulante kontakter	Indlæggelser - Intensiv
KOL (n=154)	74% (114)	74% (114)	89% (137)	98% (151)
Hjertesvigt (n=131)	89% (116)	87% (114)	94% (123)	98% (128)
Hjerteflimren (n=207)	88% (182)	87% (179)	94% (194)	N/A*
Leversvigt (n=45)	80% (36)	80% (36)	84% (38)	98% (44)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=438)	87% (383)	87% (379)	92% (402)	99% (432)
Total (n=975)	85% (831)	84% (822)	92% (894)	98% (755/768)

*Patienterne med hjerteflimren havde ingen intensive indlæggelser i før eller efter perioden. Derfor er totaludregningen for Indlæggelser - Intensiv også eksklusiv denne gruppe.

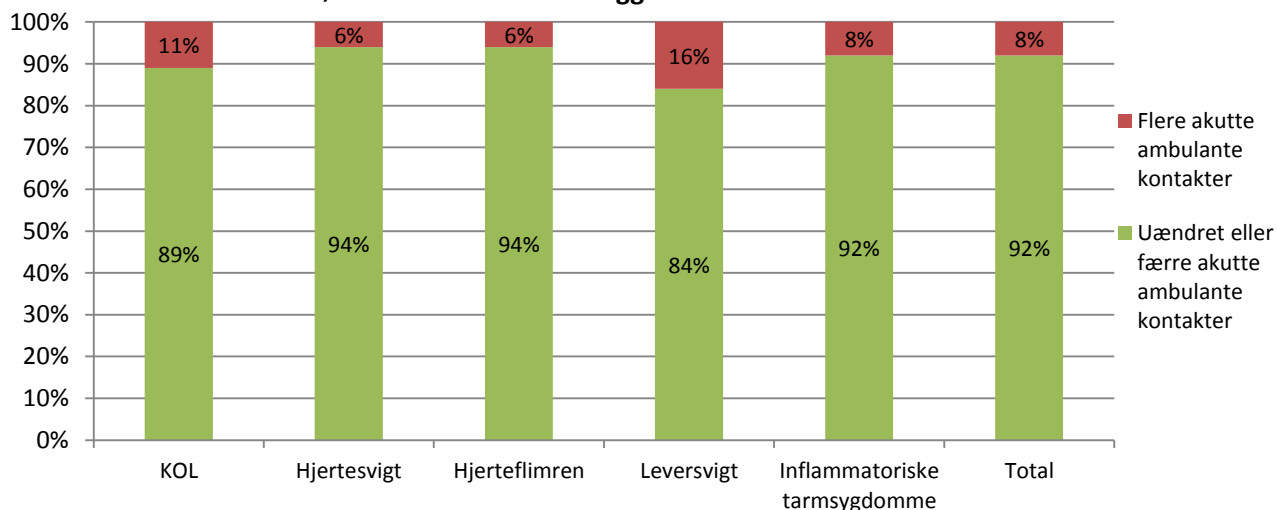
Figur 1. Procentandel patienter med uændret/færre eller flere indlæggelser i året efter indførslen af Fleksible Indlæggelser



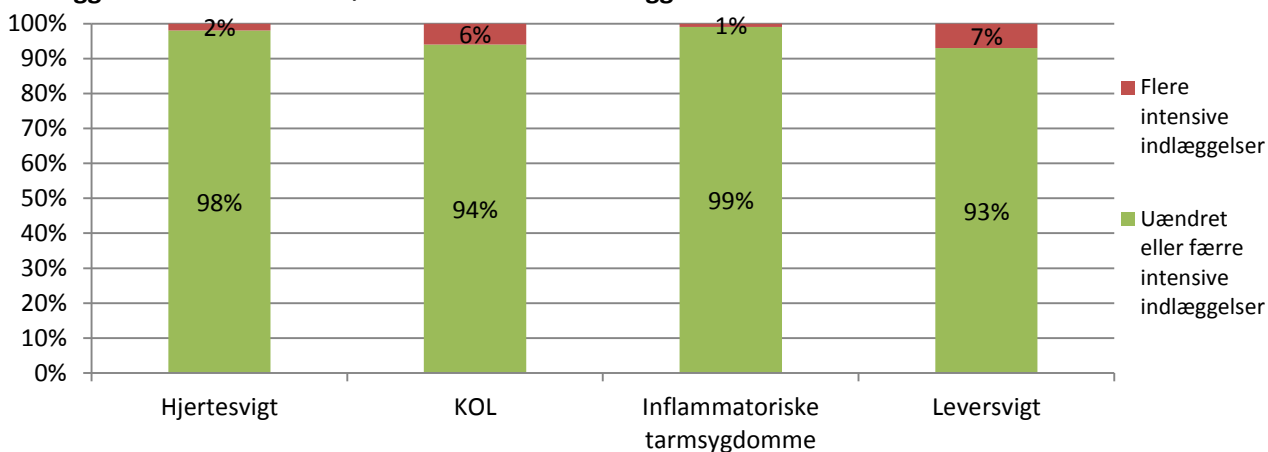
Figur 2. Procentandel patienter med uændret/færre eller flere sengetimer i året efter indførslen af Fleksible Indlæggelser



Figur 3. Procentandel patienter med uændret/færre eller flere akutte ambulante kontakter i året efter indførslen af Fleksible Indlæggelser



Figur 4. Procentandel patienter med uændret/færre eller flere intensive indlæggelser i året efter indførslen af Fleksible Indlæggelser



I tabel 6-9 er det totale forbrug af sundhedsydelser i før- og efter perioderne opgjort for de patienter der havde et forbrug på minimum en enhed i året inden opstarten af Fleksible Indlæggelser. Resultaterne viser, at patienterne i samtlige sygdomsgrupper oplever reduktioner af forbruget af sundhedsydelser efter indførsel af Fleksible Indlæggelser.

Tabel 6. Total antal indlæggelser før- og efter Fleksible Indlæggelser

Indlæggelser	Antal før	Antal efter	Difference (%)
KOL (n=63)	134	89	-45 (-34%)
Hjerteflimren (n=112)	202	73	-129 (-64%)
Hjertesvigt (n=60)	129	55	-74 (57%)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=63)	105	67	-38 (36%)
Leversvigt (n=17)	41	35	-6 (-15%)
Total (n=315)	611	319	-292 (-48%)

Tabel 7. Total antal sengetimer før- og efter Fleksible Indlæggelser			
Sengetimer	Antal før	Antal efter	Difference (%)
KOL (n=63)	11830	6234	-5596 (-47%)
Hjerteflimren (n=112)	10466	2524	-7942 (-76%)
Hjertesvigt (n=60)	11312	4000	-7312 (-65%)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=63)	6766	3319	-3447 (-51%)
Leversvigt (n=17)	3526	2956	-570 (-16%)
Total (n=315)	43900	19033	-24867 (-57%)

Tabel 8. Total antal akutte ambulante kontakter før- og efter Fleksible Indlæggelser			
Akutte ambulante kontakter	Antal før	Antal efter	Difference (%)
KOL (n=18)	22	9	-13 (-59%)
Hjerteflimren (n=26)	36	5	-31 (-86%)
Hjertesvigt (n=26)	38	3	-35 (-92%)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=31)	40	8	-32 (-80%)
Leversvigt (n=11)	18	4	-14 (-78%)
Total (n=112)	154	29	-125 (-81%)

Tabel 9. Total antal intensive indlæggelser før- og efter Fleksible Indlæggelser			
Intensive indlæggelser	Antal før	Antal efter	Difference (%)
KOL (n=5)	7	0	-7 (-100%)
Hjertesvigt (n=10)	11	0	-11 (-100%)
Inflammatoriske tarmsygdomme (n=8)	8	0	-8 (-100%)
Leversvigt (n=1)	2	0	-2 (-100%)
Total (n=24)	28	0	-28 (-100%)

5. Diskussion

Der kan være flere årsager til de opnåede resultater. 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.³

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 i året efter indførelse af Fleksible Indlæggelser 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.

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 imellem effekten af det iværksatte tiltag og effekten af andre nye

³ 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.

initiativer, hvis implementering har tidsmæssigt sammenfald. Derfor skal resultaterne af en før-efter analyse ikke tolkes som et bevis på kausalt årsagssammenhæng imellem tiltag og den observerede effekt.⁴ En tilnærmelse heraf påkræver et kontrolleret studiedesign der sammenligner behandlingsresultaterne for patienter, der modtager interventionen med sammenlignelige patienter, der ikke modtager interventionen.

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 efterperioden. 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.

6. Konklusion

Med Fleksible Indlæggelser kan borgere fra Silkeborg Kommune med specifikke kroniske sygdomme, døgnet rundt og alle ugens dage, kontakte sit specialafsnit på hospitalet ved akut forværring. Muligheden har nu eksisteret i et år.

Evalueringen viser to væsentlige fund. For det første viser resultaterne, at langt størstedelen af de patienter, der får en Fleksibel Indlæggelse, stagnerer i sit forbrug af sundhedsydelse. Det må antages, at patienter med kroniske sygdomme som udgangspunkt får et større forbrug af sundhedsydelse over tid, hvorfor de opnåede resultater tyder på, at Fleksible Indlæggelser potentielt påvirker denne forventede udvikling i positiv retning.

Resultaterne viser endvidere, at de patienter, der i forvejen havde et forbrug af sundhedsydelse, har et reduceret forbrug i året efter, at de tildeles en Fleksibel Indlæggelse. Reduktionerne gør sig gældende for alle sygdomsgrupper på samtlige effektmål.

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

På trods af disse forbehold, tyder de første resultater på, at der kan være et lavere forbrug af hospitalsydelse efter indførelse af Fleksible Indlæggelser. Disse bør gøres til genstand for systematisk analyse i et forestående ph.d.-projekt, hvor der laves opfølgning og sammenligning med matchede patienter.

⁴ 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