



PSYKIATRIEN - AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder

Projekt om udvikling af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og Klinik Psykiatri Syd



**Aalborg
Kommune**



Baggrund for projektet

Sundhedsaftalen for 2015 – 2018 fokuserer bl.a. på:

- Styrke det tværsektorielle samarbejde i forhold til færdigbehandlede patienter
- Forebyggelse af (gen)indlæggelser
- Sikre gode overgange/patientforløb
- Øge tilgængeligheden
- Skabe fleksible og kortvarige indlæggelsesforløb

Fælles regional/kommunal beslutning om at arbejde på:

- Reducere antallet af indlagte færdigbehandlede patienter
- Forebygge genindlæggelser
- Nedbringe antallet af indlagte patienter, der samtidig er tilknyttet et socialpsykiatrisk botilbud i Aalborg Kommune.



PSYKIATRIEN - AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder



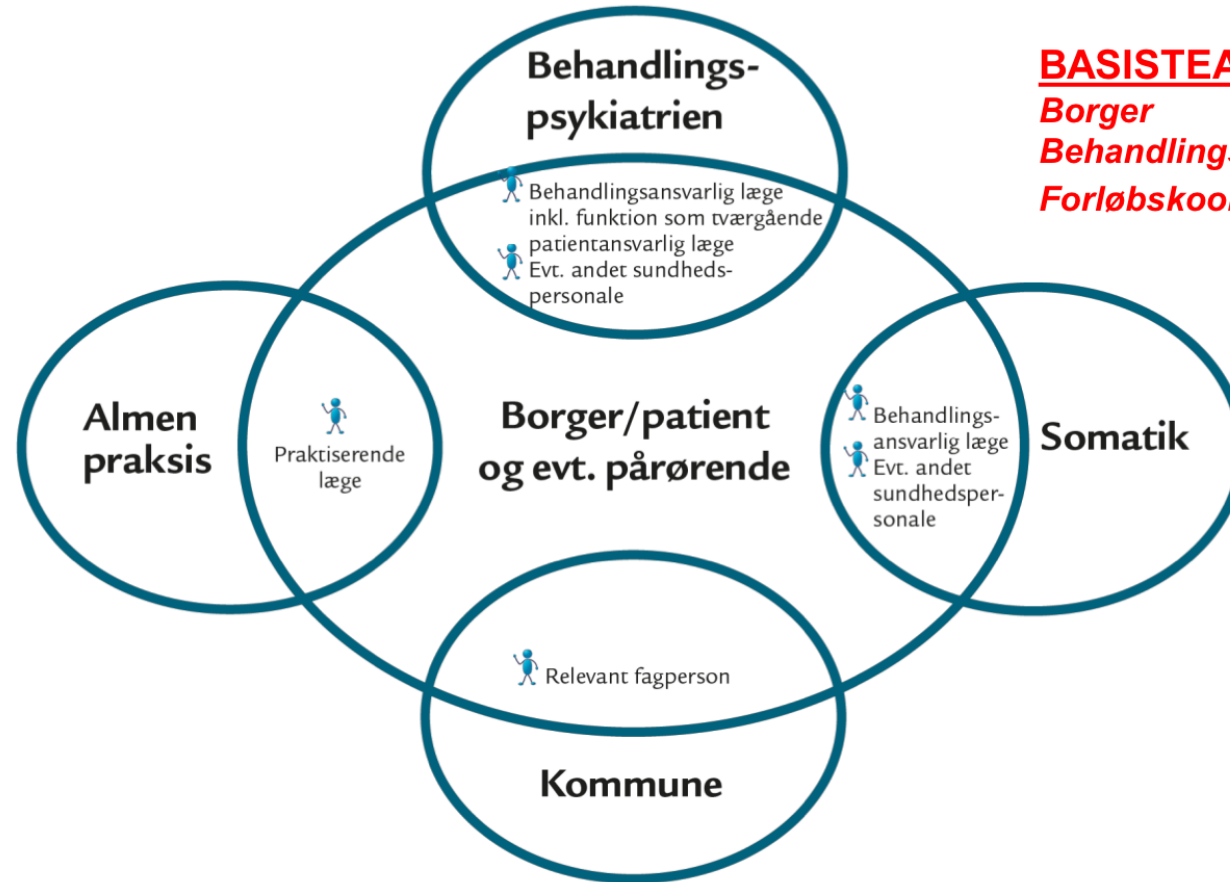


Formål med projektet

- Øge sammenhængen i de enkelte forløb med henblik på at nedbringe antallet af indlæggelsesdage, genindlæggelser og færdigbehandlingsdage for de mest komplekse forløb.
 - Alvorlig psykiatrisk sygdom – ofte med flere diagnoser, samtidigt misbrug og/eller manglende sygdomserkendelse
 - Massive sociale problematikker
 - Stort ressourcetræk i kommunen og Psykiatrien
 - Mange genindlæggelser
 - Lange indlæggelser
 - Vanskelig at fastholde og/eller rumme i sociale tilbud
 - Manglende motivation for opstillede tilbud



”Borgerens team” – et tværsektorielt samarbejds- og beslutningsforum.



BASISTEAM:

Borger

Behandlingsansvarlig (læge)

Forløbskoordinator (fagperson)



Projektet blev igangsat d. 1. oktober 2016 og løb i 12 måneder

- For hver borger blev der nedsat et tværsektorielt Patientens Team*, som skulle etablere fælles mål og gensidigt understøttende planer for indsatserne i de to sektorer. (Undgå parallelle og ukoordinerede indsatser)
- Borgeren deltog i møderne i de enkelte teams i det omfang, de ønskede og/eller var i stand til det.
- Ledelsesmæssig opprioritering af smidige arbejdsgange med mulighed for hurtig kontakt og handling i de enkelte teams udover det 'almindelige' niveau for tværsektorielt samarbejde, hvis der konstateredes skred i de aftalte planer.
- Der blev prioriteret ressourcer til, at indsatserne i hhv. kommune og på hospitalet kunne "række ind over hinanden" i forbindelse med overgange mellem sektorerne. (Brobygning)
- Som følge af kompleksiteten i forløbene har indholdet i brobygningsindsatserne været behovsdefinerede i projektperioden, uden at være begrænset af prædefinerede serviceniveauer, som er relevante i forløb med moderat kompleksitet.

* Artikel om Patientens Team i Ugeskrift for læger 2015;177;V05150436



Sundhed på tværs



Resultater i projektet

- I første projektperiode havde de 15 borgere samlet 93 færre indlæggelsesdage end i de 6 måneder op til projektstart. (849 mod tidligere 942)
- Antallet af (gen)indlæggelser faldt med 9
- I anden projektperiode havde de 15 borgere 204 færre indlæggelsesdage end i de 6 måneder op til projektstart og 111 færre indlæggelsesdage end i første projektperiode.
- Antallet af (gen)indlæggelser steg med 7 i forhold til de 6 måneder op til projektstart, og med 16 i forhold til første projektperiode.

I anden projektperiode indgik yderligere 7 borgere i projektet:

- De 7 nye borgere havde 166 færre sengedage i anden projektperiode, end i de 6 måneder inden de indgik i projektet.
- Antallet af (gen)indlæggelser steg med 1 i forhold til de 6 måneder inden de indgik i projektet.



Generelle udfordringer i projektet

- Rammer, vilkår og lovgivning for involverede instanser i de enkelte forløb

De involverede instanser er underlagt forskellige rammer, vilkår og lovgivning. Det udfordrer i nogle tilfælde mulighederne for at etablere sammenhængende forløb med udgangspunkt i patientens aktuelle behov og livssituation.

- Dataudveksling og -sikkerhed

Manglende mulighed for samkøring af data.

- Borgernes (manglende) forudsætninger for at have den tiltænkte aktive rolle i samarbejdet i borgerens team qua sygdomstygde og kompleksitet i forløb.



Praktiske udfordringer i projektet

- Konsekvent og stringent anvendelse af koordinerende indsatsplaner har vist sig omstændeligt i praksis. I mange tilfælde har det heller ikke været muligt at opnå patientens samtykke til at etablere en koordinerende indsatsplan.
- Uklarheder omkring opgaver og ansvar i praksis for depecheholderen i de enkelte teams.
- Udfordringer af praktisk karakter som følge af hyppige møder i de enkelte teams, f.eks. at kunne mødes i teamet med kort varsel trods prioritering heraf.