

# Allianceprogrammet: et tværsektorielt patientforløbsprogram for patienter med skizofreni

Overlæge Bent Nielsen,  
afdelingssygeplejerske Anne Sigsgaard,  
socialfaglig leder Jane Gregersen,  
afdelingssygeplejerske Bente Meilvang,  
afdelingssygeplejerske Lene Leth Halldorsson,  
overlæge Anders Christensen, forstander Else Kirk &  
forstander Vagn Hansen

Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afdeling,  
Odense Kommune, Socialpsykiatrien, og  
Region Syddanmark, Socialpsykiatrien

## Resume

**Introduktion:** Det primære mål med undersøgelsen var at forbedre samarbejdet mellem de forskellige sektorer, der behandler patienter med skizofreni.

**Materiale og metoder:** Der blev implementeret et patientforløbsprogram med deltagelse af hospitalspsykiatrien, distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien. Programmet indeholdt standarder for samarbejdet i forbindelse med patienternes indlæggelse og udskrivelse. Studiepopulationen bestod af 224 patienter, der opfyldte *International Classification of Diseases* (ICD) 10-kriterierne for skizofreni eller skizoaffektiv sygdom. Patienterne blev interviewet ved indlæggelsen og udskrivelsen fra Psykiatrisk Afdeling. Under indlæggelsen udfyldte hospitalets personale en tjekliste med oplysninger om, hvorvidt de etablerede procedurer blev efterlevet for den enkelte patient. Den sektor, patienten blev udskrevet til, udfyldte en lignende tjekliste. Herudover blev der indhentet registeroplysninger, som omhandlede indlæggelsesmønstret de første 12 måneder efter udskrivelsen.

**Resultater:** Patientforløbsprogrammet medførte et forbedret samarbejde, som viste sig ved øget efterlevelse af de udviklede standarder. Der skete ingen signifikant reduktion i genindlæggelsesfrekvensen eller sengedagsforbruget.

**Konklusion:** Patientforløbsprogrammet krævede et betydeligt resurseforbrug, og resultatet af indsatsen var minimal. De ineffektive tiltag blev efterfølgende afviklet.

I de seneste årtier er indsatsen over for patienter med svære sindslidelser i stor udstrækning overgået til ambulansediagnostik og til den kommunale socialpsykiatri [1].

Disse organisatoriske ændringer har betydet, at behandling og rehabilitering af patienter med skizofreni varetages af mange sektorer og faggrupper med forskellige perspektiver på sygdommen, behandlingen og ansvarsfordelingen [2]. Det må formodes, at et formaliseret samarbejde, som beskriver hvilke interventioner, de enkelte aktører forventes at yde i patienternes sygdomsforløb, vil kunne bidrage til at tydeliggøre rolle-

fordelingen mellem de enkelte sektorer, reducere variation i interventionen samt bedre planlægning og overvågning af indsatsen. En metode til etablering af et sådant tværsektorielt samarbejde er udvikling af patientforløbsprogrammer [3].

I artiklen beskrives et tværsektorielt patientforløbsprogram (Allianceprogrammet) med deltagelse af hospitalspsykiatrien, distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien. Allianceprogrammet omhandler flere indsatsområder, men i artiklen redegøres for samarbejdet i forbindelse med patientens indlæggelse og udskrivelse fra hospitalet. Effekten af indsatsen vurderedes ud fra, hvorvidt de deltagende sektorer efterlevede de udviklede standarder for samarbejdet, samt ud fra patienternes sengedagsforbrug og antallet af genindlæggelser.

## Materiale og metoder

Allianceprogrammet består af tre søjler (**Figur 1**). Den første repræsenterer den faglige indsats, mens den anden søjle omhandler kvalitetsovervågning af indsatsen ved indsamling af data og evaluering af disse data i en auditgruppe. Den tredje søjle omhandler en alliancegruppe, hvor brugerne er repræsenteret. Alliancegruppen vurderede indsatsen ud fra de samme data, som en auditgruppe modtog. Resultaterne af overvågningen og vurderingerne formidledes via Alliance Nyt, der blev uddelt til brugere og fagpersoner i de deltagende sektorer. Hvis overvågningen viste kvalitetsbrist (ved at standarden ikke blev efterlevet), iværksatte en auditgruppe tiltag, der skulle forbedre kvaliteten.

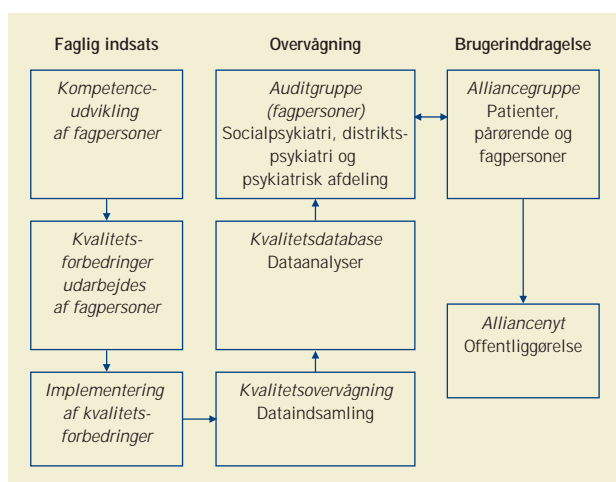
Medarbejdernes indflydelse på indholdet i patientforløbet blev tilgodeset ved deltagelse i syv indledende kvalitetskurser. Her blev nedsat mellem fire og seks grupper, der hver især udviklede forslag til patientforløb. Ledelsesgruppen valgte efterfølgende, at patientforløbsprogrammet skulle starte med følgende fem temaer: 1) samarbejdsprogram for distrikts-/socialpsykiatrien og hospitalspsykiatrien, 2) håndtering af misbrug, 3) pårørendesamarbejde, 4) kost og motion og 5) psykoedukation.

For hvert tema blev der udarbejdet en til tre standarder, og der blev i alt implementeret 11 standarder i de respektive sektorer. I herværende artikel er der fokus på samarbejdsprogrammet, som omhandlede følgende tre standarder:

**Standard 1. Samarbejde ved indlæggelsen:** Der blev beskrevet procedurer for information af distriktspsykiatrien eller socialpsykiatrien, når en patient indlægges på den Psykiatriske Afdeling.

**Standard 2. Samarbejde under indlæggelsen:** Der blev beskrevet procedurer for behandlingsmøder med deltagelse af pa-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL



Figur 1. Allianceprogrammet.

tienten, kontaktpersoner fra afdelingen og efterbehandlende sektor samt lægelig behandler.

**Standard 3. Samarbejde ved udskrivelsen:** Der blev beskrevet procedurer for afsluttende fællessamtale om udskrivelsesplan, der indeholder oplysninger om ansvarsfordelingen ved den fremtidige behandling, medicinstatus, helbredsstatus samt status vedr. kost og motion.

I forbindelse med de tre standarder udarbejdedes et samarbejdsskema, hvor det blev beskrevet, hvem der skulle kontaktes under indlæggelsen, hvilke interventioner der skulle iværksættes, og aftaler der skulle indgås ved udskrivelsen. Skemaet fulgte patienten, og en kopi blev sendt til relevante samarbejdspartnere.

### Patienter og overvågningstruenter

Undersøgelsen omfattede alle patienter over 18 år, der opfyldte ICD 10-kriterierne for skizofreni eller skizoaffektiv sygdom, og som var bosiddende i Odense Kommune. Dog indgik retspsykiatriske patienter ikke i undersøgelsen.

Patienter, der i perioden fra 01.03.04 til 28.02.06. blev indlagt ved Skizofrenisektoren, Odense Universitetshospital, og som opfyldte inklusionskriterierne, indgik i undersøgelsen. Kontaktlægen og kontaktpersonen udfyldte et registreringsskema førstkommande hverdag efter indlæggelsen. Skemaet omhandlede demografiske data, oplysninger om sygdomsdebut samt hvilken medicinsk behandling, patienten eventuelt blev behandlet med op til indlæggelsen.

Ud fra kontaktlægens og kontaktpersonens kendskab til patienten blev dennes psykosociale funktion beskrevet ved anvendelse af *global assessment of functioning scale* (GAF-ska-laen) [4].

Under indlæggelsen og ved udskrivelsen blev der udfyldt et andet registreringsskema, som indeholdt en tjekliste. Denne blev afkrydset, hver gang man havde efterlevet en af Allianceprogrammets 11 standarder. Ved udskrivelsen blev det oplyst,

hvilken antipsykotisk medicin patienten blev behandlet med samt forekomsten af bivirkninger. Det blev endvidere skønnet, om patienten var compliant og eventuelt havde et misbrug. Patientens psykosociale funktion blev igen registreret, og slutteligt blev det angivet, hvilke støtteforanstaltninger der indgik i efterforløbet.

Efter udskrivelsen blev der fremsendt et registreringsskema til den institution, patienten fik tilknytning til i efterforløbet. På institutionen udfyldte man også en tjekliste, som omhandlede de 11 standarder. Ud over ovennævnte data blev der fra Fyns Amts Edb-afdeling indhentet oplysninger om senge-dagsforbrug og genindlæggelser ved den psykiatriske afdeling i en tolv måneders opfølgingsperiode efter udskrivelsen.

### Statistiske analyser

Ved sammenligning af forskellige grupperes alder og GAF-scoring er der anvendt uparret Students t-test.  $\chi^2$ -test er anvendt ved bivariate analyser. Efterlevelse af de tre standarder blev angivet i kontrol-diagrammer med angivelse af øvre og nedre kontrolgrænser [5]. Ved analyser af forskellige grupperes indlæggelsesmønstre i opfølgingsperioden er anvendt odds-ratio (OR). Referencegruppen er patienter, der var indlagt det første halvår efter implementering af Allianceprogrammet. OR er justeret for case-mix ved logistiske regressionsanalyser, og der er angivet 95%-sikkerhedsgrænser. Ved de statistiske analyser er som signifikansniveau valgt  $p < 0,05$ .

### Resultater

I undersøgelsesperioden blev der indlagt 224 patienter, og i **Tablet 1** vises udvalgte patientkarakteristika ved indlæggelsen det første og andet år. Der var ved ingen af de beskrevne karakteristika signifikante forskelle mellem første og andet år.

Ved udskrivelsen fra den psykiatriske afdeling blev 96% af patienterne henvist til distriktspsykiatrien og/eller socialpsykiatrien.

I **Figure 2** er den procentvise efterlevelse af de tre standarder angivet. Kontrolgrænserne er beregnet ud fra de enkelte standarders værdi. Målingerne er foretaget kvartalsvis, og hvis de ligger uden for kontrolgrænserne, er det udtryk for en sig-

**Tablet 1.** Udvalgte patientkarakteristika ved indeksindlæggelsen i allianceprogrammets første og andet år.

	Første år (n = 121)	Andet år (n = 102)	p-værdier
Mænd, n (%)	57 (47)	50 (49)	
Kvinder, n (%)	64 (53)	52 (51)	0,830
Alder, år, gennemsnit	39,8	39,8	0,936
Nydiagnosticerede, n (%)	11 (9,1)	9 ((8,6)	0,896
Misbrug <sup>a</sup> , n (%)	31 (28)	30 (36)	0,286
GAF <sup>b</sup> , sidste år, gennemsnit	40,6	39,5	0,496
GAF <sup>b</sup> , ved indl., gennemsnit	31,8	30,9	0,495

GAF = *global assessment of functioning scale*.

a) 30 uoplyste 12/18.

b) Høje værdier betyder øget funktionsniveau.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

nifikant afvigelse fra standarden. I Figur 2A ses, at samarbejdet ved indlæggelsen i det første halvår afveg signifikant fra den fastlagte standard. Herefter ligger de øvrige målinger indenfor kontrolgrænserne. I hele perioden var der ganske store forskelle mellem afdelingens og de andre sektors vurdering. For hele den toårige periode vurderede personalet i distriktspsykiatrien/socialpsykiatrien, at standarden blev efterlevet for 67% af patienterne, mens afdelingens personale vurderede, at den blev efterlevet for 81% ( $p < 0,05$ ). Der var på intet tidspunkt enighed.

Standarden, som omhandlede samarbejde under indlæggelsen (Figur 2B), viser, at man efterlevede standarden i hele perioden, og kvaliteten udviklede sig i gunstig retning. I det første halvår blev standarden således efterlevet i 65% af patientforløbene, og i sidste halvår i 82% af forløbene. Der var også her uenighed mellem de enkelte sektors vurderinger, men den var kun signifikant det første år (61% versus 85%,  $p < 0,05$ ). Det andet år var der stort set enighed mellem de samarbejdende sektorer (81% versus 76%,  $p > 0,05$ ).

Igennem projektperioden blev standarden for udskrivelsen i stadig større grad efterlevet (Figur 2C). I første halvår

blev den efterlevet i 79% af forløbene og i sidste halvår i 90% af forløbene. Ved denne standard var der stor enighed om, at man efterlevede standarden. I hele perioden var der således 87% af patientforløbene, hvor afdelingens personale vurderede, at man opfyldte standarden, mens samme vurdering blev foretaget i 74% af forløbene hos de øvrige sektorer ( $p > 0,05$ ).

Blandt de 224 patienter blev 135 (60%) genindlagt. I Figur 3 ses, at der ikke forekom nogen signifikant reduktion i genindlæggelsesfrekvensen. Ved indeksindlæggelsen var patienterne i gennemsnit indlagt i 58 dage (1-360 dage), og efter udskrivelsen forbrugte patienterne i gennemsnit 50 sengedage. Der skete ingen reduktion i det samlede sengedagsforbrug i undersøgelsesperioden.

### Diskussion

Patientforløbsprogrammet viste, at samarbejdet omkring patienternes indlæggelsesforløb varierede inden for de beregnede kontrolgrænser. Der var således ikke nogen signifikant afvigelse fra den gennemsnitlige kvalitet i projektperioden.

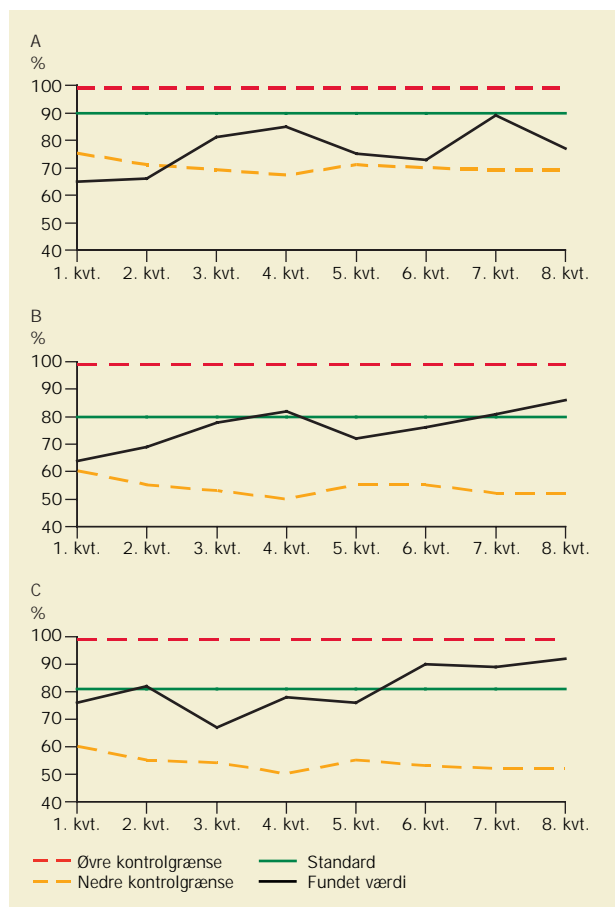
Patientforløbsprogrammet medførte en forbedring af samarbejdet i gunstig retning, da flere patienter blev behandlet efter de udviklede standarder.

Vi lagde vægt på, at resultatet af et bedre samarbejde skulle vise sig ved en reduktion af genindlæggelser og senge-dagsforbruget, hvilket er de hyppigste mål for effekt af patientforløb i publicerede studier [6, 7]. Det var naturligt at vælge disse mål, da hospitalsudgifter udgør den største udgift for sundhedsvæsenet ved behandling af patienter med skizofreni [8]. Endvidere er en genindlæggelse et godt surrogat for sværhedsgraden af patienternes sygdomsforløb, da en genindlæggelse ofte er forbundet med psykotisk recidiv, som medfører en dårlig prognose [9, 10].

Andre undersøgelser har vist, at de implementerede tiltag (fællesmøder før udskrivelsen og udarbejdelse af fælles behandlingsplan) øger kontinuiteten i behandlingen og reducerer genindlæggelsesfrekvensen [11]. I projektperioden skete der en forbedring af netop disse tiltag, og vi havde derfor forventet en reduktion i omfanget af genindlæggelser, hvilket imidlertid ikke skete. Implementeringen af det tværsektorielle patientforløb forbedrede således ikke prognosen for patienterne, og det medførte ikke besparelser for det offentlige. Flere studier, som omhandler patientforløbsprogrammer, har vist lignende resultater [12, 13], og i det hele taget er der ikke sikker viden om, at patientforløbsprogrammer og kvalitetsudvikling kan forbedre sundhedsvæsenets indsats [14, 15].

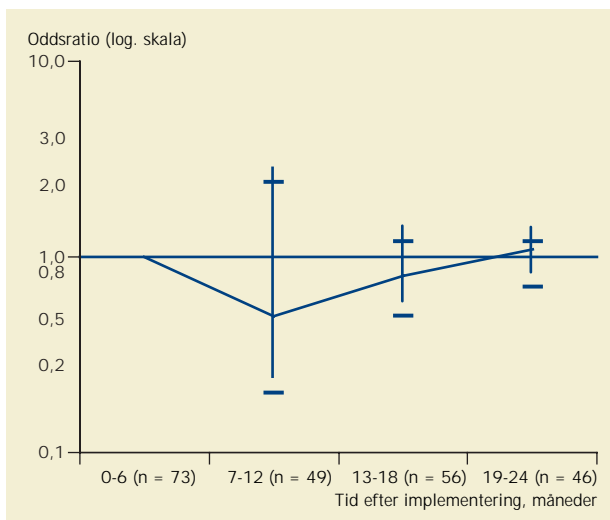
Der er imidlertid mange andre faktorer, der kan medføre genindlæggelser. Der er således også studier, som har vist, at vores indsatsområder ikke nødvendigvis reducerer genindlæggelserne, der overvejende skyldes forhold hos patienten frem for systemet [16].

I hele projektperioden var der uoverensstemmelse mellem de enkelte sektors vurdering af, hvorvidt man efterlevede



Figur 2. Kontrolplotter for samarbejdet mellem Psykiatrisk Afdeling og distriktspsykiatrien og/eller socialpsykiatrien ved indlæggelsen (A), under indlæggelsen (B) og ved udskrivelsen (C).

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL



**Figur 3.** Odds-ratio (95%-sikkerhedsgrænser) for genindlæggelse. Referencegruppen er patienter, der er indlagt det første halve år. Odds-ratio er justeret for case-mix (dage indlagt, alder, køn, misbrug, visiteret til distriktspsykiatri, døgnbolig, global assessment of functioning-score over 39 ved udskrivelsen).

standarden ved indlæggelsen. Denne standard havde udelukkende fokus på udveksling af information, og i litteraturen er det beskrevet, at dette sjældent medfører forbedret tværsektorielt samarbejde sammenlignet med en dialog om den enkelte patient [17]. I standarden, som omhandlede samarbejde under indlæggelsen, var der netop fokus på dialog ved de beskrevne »behandlingsmøder«. Ved denne standard var der også langt større enighed om, at man opfyldte standarden, hvilket kan være et udtryk for en forbedret kommunikation.

På trods af at patientforløbsprogrammet ikke medførte en reduktion af patienternes genindlæggelser, har vi fået mange erfaringer ved implementering af programmet. Vi valgte således, at standarderne skulle udvikles af et tværfagligt og tværsektorielt personale for at sikre et lokalt ejerskab og modvirke opinionsbaseret variation, der ses, hvis kun en faggruppe eller sektor udvikler standarder [18]. Endvidere medførte den fælles udvikling, at det involverede personale fik en fælles forståelse for hinandens roller, hvilket skulle sikre en bedre efterlevelse af standarderne.

Overvågningen og feedbackprocedurerne blev baseret på dataindsamling og kvartalsvise auditmøder. Resultaterne blev formidlet via Alliance Nyt og afsnitsledelserne. Denne fremgangsmåde var ikke optimal. Alliance Nyt blev sjældent læst af de involverede medarbejdere, og lederne brugte ikke tid på en dialog med personalet, når der var konstateret kvalitetsbrist. Endelig var det vanskeligt at engagere lægerne i patientforløbsprogrammet, og implementeringen bliver ikke en succes, hvis denne faggruppe ikke er aktive aktører i patientforløbsprogrammer [19].

Resultatet af vores evaluering medførte, at vi afviklede de ressourcekrævende registreringer, og vi er nu i gang med at

udvikle nye tiltag, der kan nedbringe det store antal genindlæggelser af patienter med skizofreni.

Vores projektføreløb viser, hvor vigtigt det er at evaluere hver gang, man iværksætter nye tiltag i psykiatrien. Patientforløbsprogrammer kræver mange ressourcer til udvikling, implementering og overvågning. Hvis resultatet af evalueringen viser, at tiltaget ikke giver det forventede resultat, bør organisationen identificere hvilke elementer, der er effektive, og hvilke der ikke bidrager til et forbedret udbytte for patienterne. Man bør efterfølgende afvikle de ineffektive tiltag, da de kan give en overfladisk forestilling om kvalitet uden reelt indhold. Bibeholder man sådanne tiltag, vil det medføre en dårlig kvalitet for patienterne, da ressourcerne går fra det daglige arbejde med patienterne.

Korrespondance: *Bent Nielsen*, Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C. E-mail: bent.nielsen@ouh.regionyddanmark.dk

Antaget: 7. oktober 2008  
Interessekonflikter: Ingen

#### Litteratur

- Kistrup KR. Udviklingen af distriktspsykiatrisk service i Danmark. *Ugeskr Læger* 1998;160:53.
- Rees G, Huby G, McDade L et al. Joint working community mental health teams: implementation of an integrated care pathway. *Health Soc Care Community* 2004;12:527-36.
- Campbell H, Hotchikiss R, Bradshaw N et al. Integrated care pathways. *BMJ* 1998;316:133-7.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1999.
- Kjærgaard J. Klinisk kvalitetsstyring. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen* 2001;9:304-11.
- Van Herck P. Effects of care pathways: Do they work? *J Integr Care* 2004;8:95-105.
- Pearson DS, Kleefeld SF, Soukop JR et al. Critical pathways intervention to reduce length of hospital stay. *Am J Med* 2001;110:175-80.
- Marcus SV, Olsson M. Outpatient antipsychotic treatment and inpatient cost of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:173-80.
- Nielsen B, Bloch-Sørensen P, Balsløv KD et al. Kvalitetsudvikling af skizofrene patienters pleje og behandling. *Ugeskr Læger* 2000;162:1223-6.
- Libermann AJ. Atypical antipsychotic drug as a first-line treatment of schizophrenia: a rationale and hypothesis. *J Clin Psychiatry* 1996;57:68-71.
- Boyer CA, McAlpine DD, Pottick KJ et al. Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2000;157:1592-8.
- Mynors-Wallis L, Rastogi S, Virgo N et al. Controlled evaluation of care pathway for an acute episode of schizophrenia. *J Integr Care* 2004;8:106-13.
- Emmerson B, Frost A, Fawcett L et al. Do clinical pathways really improve clinical performance in mental health settings? *Australas Psychiatry* 2006;14:395-8.
- Dy SM, Garg P, Nyberg D et al. Critical pathway effectiveness: assessing the impact of patient, hospital care, and pathway characteristics using qualitative comparative analysis. *Health Serv Res* 2005;40:499-16.
- Snyder C, Anderson G. Do quality improvement organizations improve the quality of hospital care for medicare beneficiaries? *JAMA* 2005;293:2900-7.
- Cuffel BJ, Held M, Goldman W. Predictive models and the effectiveness of strategies for improving outpatient follow-up under managed care. *Psychiatr Serv* 2002;53:1438-43.
- Bokhour BG. Communication in interdisciplinary team meetings: what are we talking about? *J Interprof Care* 2006;20:349-63.
- Panella SC, Stanislao FD. Reducing clinical variations with clinical pathway: do pathways work? *Int J Qual Health Care* 2003;15:509-21.
- Every NR, Hochman J, Becker R et al. Critical pathway: a review. Committee on Acute Cardiac Care, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation* 2000;101:461-5.