



**PRISEN
FOR ÅRETS
PATIENT
OPLEVELSE
2023**

Indstillinger til Prisen for Årets Patientoplevelse 2023

Indstilling 1: Nyt koncept for Klinisk Ernæring, Mad og Måltider på Regionshospitalet Gødstrup	5
Indstilling 2: Fokus på bedre patientoplevelse gennem fokus på bedre forhold for pårørende	8
Indstilling 3: Ren Tarm til Tiden	10
Indstilling 4: Den digitale BESLUTNINGSHJÆLP	13
Indstilling 5: Fælles Beslutningstagning i valg af behandling hos patienter med spiseforstyrrelser	16
Indstilling 6: Flexklinik	19
Indstilling 7: Ny patientrettet hjemmeside for Psykiatrien	22
Indstilling 8: Geriatrik gennemgang af borgere, der skal flytte på plejecenter i Frederiksberg Kommune	25
Indstilling 9: Fælles Medicinsk Ambulatorium.....	28
Indstilling 10: Lichen Sklerosus.....	31
Indstilling 11: Center for Unge med Diabetes	34
Indstilling 12: Virtuel prostataskole.....	37
Indstilling 13: Mit forløb.....	40
Indstilling 14: IPS –samarbejde.....	43
Indstilling 15: Digital omsorg til fertilitetspatienter	46
Indstilling 16: FACT Silkeborg	49
Indstilling 17: eHospitalet - behandling og rådgivning i eget hjem	51
Indstilling 18: PreCareKlinikken	53
Indstilling 19: Aktiviteter som en del af psykiatrisk pleje og behandling	56
Indstilling 20: Mellemmåltidsværter skaber glæde hos patienterne	59
Indstilling 21: Mennesker med lungesygdom bruger ørerne til at forberede sig på hospitalsbesøg	61
Indstilling 22: Trykke palliative overgange fra sygehus til eget hjem	64
Indstilling 23: Spor for accelererede patientforløb - zone 4	66
Indstilling 25: Fleksible udleveringer af vederlagsfri medicin.....	70
Indstilling 26: Jule og Nytårsaftensfrivillige på OUH.....	72
Indstilling 27: Kreativt frirum på Ernæringsenheden	74
Indstilling 28: Vores Fælles Historier - oplæsning for demente	76
Indstilling 29: Tryghedspersoner til personer med demens på sygehus	78
Indstilling 30: Kortklubben på B3	80
Indstilling 31: Udskrivningskoordinationen På Holbæk Sygehus.....	82
Indstilling 32: Fusionsklinikken	84

Indstilling 33: Børnerum med distraktion og fantasirejse	87
Indstilling 34: Tværfaglig rehabilitering i øget tidsrum til apopleksipatienter	89
Indstilling 35: Mad er også medicin.....	91
Indstilling 36: Hilse låg	93
Indstilling 37: Afklarende telefonsamtale med ptt. før indkaldelse	95
Indstilling 38: FTT Familieterapeutisk Team	97
Indstilling 39: Psykosomatik Gynækologi og Obstetrik.....	99
Indstilling 40: Kulturfødestue til familier i sorg	101
Indstilling 41: Herlevs Herligheder – Det digitale menukort	103
Indstilling 42: Patientcentreret behandling af multisyge patienter med autoimmune sygdomme	106
Indstilling 43: Digital forløbsguide til patienter i kontrolforløb for udposning på legemspulsåren	109
Indstilling 44: Skitur for Børn & Unge med Diabetes.....	111
Indstilling 45: Hjemmebehandling til patienter med Myelomatose.....	113
Indstilling 46: Ikaros.....	116
Indstilling 47: Internetpsykiatrien	119
Indstilling 48: Samtaler om komplementær alternativ behandling i et kræftbehandlingsforløb...	122
Indstilling 49: Klinik for Bækkenbundslidelser (KBL).....	125
Indstilling 50: Hurtig hjertestødsbehandling uden deltagelse af anæstesisygeplejerske og anæstesilæge.....	128
Indstilling 51: IVT Udkørende team	130
Indstilling 52: Julekonkurrence i Psykiatrien	133
Indstilling 53: Levende musik på Intensiv - meningsfulde øjeblikke.....	135

Indstilling 1: Nyt koncept for Klinisk Ernæring, Mad og Måltider på Regionshospitalet Gødstrup

Titel på initiativet:

Nyt koncept for Klinisk Ernæring, Mad og Måltider på Regionshospitalet Gødstrup

Ansvarlig leder:

Ernæringschef Lone Viggers

Afdeling og hospital:

Afdeling for Ernæring

Navn:

Finn Møller

E-mail:

fm@rm.dk

Telefonnummer:

+45 51 25 35 37

Starttidspunkt for initiativet:

2016-04-01

Baggrund for initiativet:

"Undersøgelser viser, at mere end 40% af patienter indlagt på danske hospitaler er underernærede eller i risiko for at blive det. Det betyder flere indlæggelsesdage og langsommere bedring for patienterne.

Derfor er det afgørende, at maden der tilbydes, opfylder patientens behov for næringsstoffer og samtidig er velsmagende og anrettet så det fremmer patienternes lyst til at spise. Måltidet skal nemlig være en god oplevelse for patienterne og indgå som en vigtig del af behandlingen.

Formålet med konceptet for Klinisk Ernæring, Mad og Måltider er at sikre, at alle patienter ernæres optimalt for derigennem at forebygge og behandle underernæring på sygehuset.

Med koncept for Klinisk Ernæring, Mad og Måltider er der indført et digitalt madbestillings- og kostregistreringssystem ""Min Mad"", hvorigennem patienten kan bestille den mad han eller hun har lyst til, når sulten indfinder sig. Der er nemlig ikke faste spisetider, men et køkken med køkkenfagligt personale fra 7.30-19.30 på hver sengeafsnit. Skulle sulten melde sig om natten er der også råd for det, da der altid er mad tilgængelig i afsnitskøkkenet.

Samtidig giver Min Mad mulighed for at patienten selv kan registrere, hvor meget af maden der er blevet spist, således at klinisk diætister og plejepersonale kan følge med i om patienten får nok at spise under indlæggelsen. Selv om patienter ofte er indlagt i relativt kort tid."

Initiativets nyskabelse:

Som det eneste hospital i Danmark har Regionshospitalet Gødstrup et unikt koncept for klinisk ernæring, mad og måltider til alle indlagte patienter.

Det unikke ved konceptet er, at patienterne får den mad, som passer til den enkelte, og at patienten kan spise det, han eller hun har lyst til, når de har lyst og sammen med dem, de har lyst til at spise sammen med.

Desuden sættes opsporing af patienter i ernæringsrisiko og ernæringsbehandling i højsædet, og med tilstedeværelsen af kliniske diætister i afdelingerne til at varetage ernærings-screening, udredning, behandling og monitorering - samt ernæringsassistenter og kokke i afsnitskøkkenet, baner afdelingen for Ernæring vejen for en ny måde at sikre bedre ernæring af indlagte patienter i ernæringsrisiko, hvor gastronomi og klinisk ernæring forenes til fordel for patienterne.

Implementering og brug af initiativet:

Med konceptet fuldt implementeret på hele hospitalet i Gødstrup bliver der hver måned bestilt mere end 23.000 måltider via Min Mad.

For at sikre den rigtige mad til hver eneste patient, bliver den enkelte patient ernæringsscreenet ved indlæggelsen, hvorefter der ordineres en kostform og evt. diæt. Det er blandt retter, der falder inden for denne kostform eller diæt, at patienten kan vælge sin mad i et digitalt menukort med billede af serveringen samt oplysninger om indhold og allergener.

Konceptet bygger på tæt samarbejde mellem sygeplejersker, kliniske diætister og det køkkenfaglige personale i hospitalets produktionskøkken og mange små afsnitskøkkener. Det giver alle indlagte patienter både på regionshospitalet og i psykiatrien mulighed for elektronisk at bestille den mad, de har lyst ud fra et personligt menukort, og få maden serveret inden for en halv time. Plejen og de kliniske diætister kan løbende følge med i hvor meget patienterne indtager i forhold til behov og ernæringsplan.

Værdiskabelse:

Undersøgelser viser, at mere end 40% af patienter indlagt på danske hospitaler er underernærede eller i risiko for at blive det. Det betyder flere indlæggelsesdage og langsommere bedring for patienterne.

Det er derfor afgørende, at disse patienternes ernæringsbehandling varetages af kliniske diætister og at maden der tilbydes, opfylder patientens behov for næringsstoffer og samtidig er velsmagende og anrettet så det fremmer patienternes lyst til at spise. Måltidet skal nemlig være en god oplevelse for patienterne og indgår som en vigtig del af behandlingen.

Der er meget socialt forbundet med et måltid, og vi ved, at vores patienter spiser mere, hvis de spiser sammen med andre mennesker, som de kender. Derfor er det at spise sammen med en ven eller et familiemedlem en god mulighed.

Dokumentation af initiativets værdi:

Vi får mange positive tilbagemeldinger fra vores patienter og deres pårørende. De er glade for både madens smag og anrettning og for den store fleksibilitet i forhold til spisetider. Mange pårørende og patienter er også glade for at kunne spise måltiderne sammen. Tidligere kunne spisetidspunktet på hospitalet nogle gange blive oplevet som en opfordring til af afslutte besøget og var det sådan, at den besøgende gerne ville spise med, måtte den besøgende ofte vente med at få mad, til patienten var færdig, fordi personalet skulle være sikker på, at der var nok til alle patienter. Afdeling for Ernæring har lavet en undersøgelse af effekten af Koncept for Klinisk Ernæring, Mad og Måltider på både indtag og patientoplevelse. Resultater heraf kommer snart i form af en videnskabelig artikel, desuden får afdelingen mange positive beskeder fra tilfredse patienter på papir.

Mulighed for at sprede initiativet:

Koncept for Klinisk Ernæring, Mad og Måltider vil kunne udbredes til resten af landets sygehuse enten med modifikationer i konceptet eller ved få ændringer på det enkelte sygehus. Det digitale system er udviklet med øje for at kunne benyttes af alle sygehuse.

Indstilling 2: Fokus på bedre patientoplevelse gennem fokus på bedre forhold for pårørende

Titel på initiativet:

Fokus på bedre patientoplevelse gennem fokus på bedre forhold for pårørende

Ansvarlig leder:

Hospitalsledelsen i tæt samarbejde med Brugerrådet

Afdeling og hospital:

Hospitalsledelsen og Staben

Navn:

Birgitte Ostensen

E-mail:

birost@rm.dk

Telefonnummer:

+45 22 22 89 19

Starttidspunkt for initiativet:

2022-02-13

Baggrund for initiativet:

Formålet med initiativet er at sikre bedre rammer for, at patienterne kan have deres nærmeste pårørende omkring sig 24/7, når det giver værdi og er muligt.

Ved øget tilstedeværelse af nærmeste pårørende og dermed øget grad af inddragelse af disse, tror vi på, at patienter og pårørende oplever bedre forløb.

Målgruppen for initiativet er nærmeste pårørende for alle indlagte på Regionshospitalet Gødstrup.

Initiativets nyskabelse:

I tæt samarbejde med hospitalets Brugerråd er der gennem hele processen med tilblivelsen af det nye hospital i Gødstrup forsøgt at tænke i gode løsninger for patienter og pårørende, og dermed skabe så gode rammer som overhovedet muligt.

Dette eksemplificeres i det nye hospital på en række områder, både ift. helende arkitektur, herunder farver og kunstvalg, wayfinding, indretning af patientstuer samt i 1.2.11.6 Retningslinje for pårørende på Regionshospitalet Gødstrup, RHG

Herudover er der også i samarbejde med Brugerrådet udvikling pejlemærker for pårørendeinddragelse

Vi – ansatte ved Regionshospitalet Gødstrup - vil:

- Samarbejde med dig – hvordan skal vi gøre det?
- Støtte dig i din rolle som pårørende – hvad har du brug for hjælp til?
- Løbende sammen følge op på vores aftaler og justere planen efter behov.

Der kan ses supplerende i 1.2.11.1. Politik for samarbejde med patienter og pårørende, RHG
Hvis link til retningslinjer ikke virker og I ønsker dem fremsendt, så ret endelig henvendelse

Implementering og brug af initiativet:

Hospitalet er opbygget omkring med et bærende princip om, at være patientens hospital, herunder også for den nærmeste pårørende.

Det betyder,

- at der i Foyeren er skabt et smukt miljø, hvor arkitektur og kunst skal være med til at skabe en afslappet atmosfære til glæde for patienter og pårørende
- at princippet for way-finding er udtænkt med erfaringer fra lufthavne og testet i samarbejde med Brugerrådet inden indflytning
- at der i alle sengestuer er en pårørendesofa, der giver nærmeste pårørende mulighed for overnatning
- at der i tæt samarbejde med Brugerrådet er udarbejdet 1.2.11.6 Retningslinje for pårørende på Regionshospitalet Gødstrup, RHG, der bl.a. betyder, at der alle steder på hospitalet er koldvands- og kaffeautomater til fri afbenyttelse og at mad for den pårørende, der er tilstede på døgnbasis maksimalt kan koste 120 kr.

Hvis link til retningslinje ikke virker og ønskes fremsendt, så ret endelig henvendelse

Værdiskabelse:

Da hospitalet først er taget i brug i foråret 2022, er der endnu ikke monitoreret eller interviewet brugere eller ansatte omkring betydningen.

Hospitalet er på nogle områder fortsat ved at blive taget i brug.

Der er dog både nationalt og internationalt evidens for, at pårørende kan bidrage til et bedre behandlingsforløb.

I en nylig rapport fra det anerkendte Institute of Medicine i USA, Improving Diagnosis i Health Care, beskrives teamsamarbejdet mellem patient, pårørende og sundhedspersonale fx som en af de vigtigste forudsætninger for, at diagnosefejl kan undgås]. Også rapporten 'Safety is personal' baseret på et internationalt roundtable, nævner patient- og pårørendee involvering som et af de helt centrale punkter i det fortsatte arbejde for patientsikkerhed. Se nærmere Pårørendee involvering – fakta og evidens \ | Patientsikkerhed

Hvis linket ikke virker, så ret endelig henvendelse, hvis I har brug for mere

Dokumentation af initiativets værdi:

Regionshospitalet Gødstrup blev først taget i brug i foråret 2022 og der er dermed endnu ikke dokumenteret effekt af disse initiativer, da huset på nogle områder fortsat er ved at blive taget i brug.

Mulighed for at sprede initiativet:

Enkelte af de initiativer, der er beskrevet i vore bestræbelser for at give mulighed for at have nærmeste pårørende tilstede 24/7, eksempelvis mad til kostpris samt kaffe og vand til fri afbenyttelse kan uden videre kopieres af andre hospitaler.

Mens en række andre initiativer er tænkt ind i måden hospitalet er bygget op, og dermed mest er til inspiration for steder, der er på vej med nybyggeri eller større tilbygninger.

Indstilling 3: Ren Tarm til Tiden

Titel på initiativet:

Ren Tarm til Tiden (angives herefter som: RTTT)

Ansvarlig leder:

Oversygeplejerske Kit Bergmann og funktionsansvarlig overlæge Raluca Diac

Afdeling og hospital:

Ambulatoriet for Kikkertundersøgelser, Medicinsk Afdeling, Nykøbing F. Sygehus

Navn:

Kit Bergmann

E-mail:

kifb@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 93 57 45 59

Starttidspunkt for initiativet:

2021-05-01

Baggrund for initiativet:

Udtømning før koloskopiundersøgelser kan være komplekse og kræve op 2-5 dages ændringer i kost, medicinering og væskeindtag – og patienten står oftest alene med opgaven derhjemme. Utilstrækkelig udtømning kan resultere i smerter under undersøgelsen, uklare resultater, og i værste fald må undersøgelsen afbrydes og udsættes til en anden dag. Det sker for ca. 1 ud af 4 patienter på landsplan. Udsættelser forårsager utryghed, besvær ved ekstra transport frem og tilbage, tabt arbejdstid (evt. også for ledsagende pårørende) og endnu en tur gennem udtømningsprocessen. Det betyder også, at den udredning og evt. behandling patienten har brug for må vente. Og det kan have alvorlige konsekvenser. Koloskopi anvendes til at påvise og forebygge tarmkræft – den 3. mest hyppige form for kræft i Danmark, og hurtig påvisning er afgørende for patientens videre forløb. Vi skabte RTTT som en målrettet indsats, fordi vi gerne vil gøre alt, hvad vi kan for at hjælpe vores patienter og give dem en tryk oplevelse. På den måde kan vi sammen sikre, at så mange koloskopier som muligt gennemføres i første forsøg med klare resultater og uden unødige gener for patienterne. Vores målsætning er, at 95% af undersøgelserne lever op til dette.

Initiativets nyskabelse:

RTTT er nyskabende, fordi det tager fat helt nede om roden af problemet – der, hvor vi gør op med kliniske begreber patienterne ikke forstår og tabubelagte ord som 'udtømning', 'endetarm' og 'afføring'. Hvis det er akavet og utrygt at tale åbent om undersøgelsen, får man ikke stillet de vigtige spørgsmål. Derfor satte vi det øverst på dagsordenen, at vi ville ændre måden, vi taler og skriver på, så vi bliver nemmere at forstå for patienterne.

Sloganet "Ren Tarm Til Tiden" er helt nede på jorden, nemt at sige og får folk til at smile, og så hjælper det med at huske, hvad det er man skal. Det beskriver hele indsatsen, og vi sørger for, det hele tiden er top of mind ved at gå med badges på uniformerne og hænge det op som plakater på væggene – det er gode samtalestartere i hverdagen!

Patienternes mange spørgsmål om, hvad de må spise og drikke inden undersøgelsen, er vores kompas. I stedet for at vejlede ud fra, hvad undersøgelsen kræver, understøtter RTTT dét, patienterne synes er svært:

- At huske hvornår man skal i gang:
 - RTTT SMS minder om, hvornår man skal starte forberedelserne
- At holde styr på det hele:
 - RTTT skema med afkrydsningsfelter, så man kan følge med trin for trin
- At spise/drikke korrekt:
 - RTTT menuforslag og opskrifter, der passer til udtømningsprocessen
 - RTTT 'må/må-ikke'-liste over mad- og drikkevarer

Implementering og brug af initiativet:

Fra maj 2021 satte vi fokus på vores arbejde omkring undersøgelserne i medarbejdergruppen, så vi var sikre på, at vi var helt skarpe på opgaven. Samtidig begyndte vi at lære at tænke, tale og skrive RTTT-sprog for at forbedre vores patientkommunikation. I efteråret 2021 begyndte vi målrettet og systematisk at gå i dialog med patienterne og deres pårørende om – hvad syntes de var svært? Hvad ville være en hjælp for dem? Deres viden, erfaringer og feedback brugte vi til at udvikle RTTT-materialerne – efterfølgende til at teste og videreudvikle dem. En proces, der stadig pågår, ligesom vi også løbende har tavlemøder med sparring og dialoger om RTTT i medarbejdergruppen.

Vi har bevidst valgt, at RTTT først og fremmest skal fungere på papir – det skal kunne hænge på køleskabet! – da vi ved, at digitalisering i sig selv kan være en udfordring for mange af vores patienter. Derfor udsendes RTTT-materialer både på papir og som PDF'er i E-boks.

Værdiskabelse:

Det skal være nemt og overskueligt at håndtere forberedelserne til en koloskopiundersøgelse hos os. Samtlige patienter, vi har talt med i løbet af projektet har været positive, og de har taget imod RTTT-materialerne og muligheden for at hjælpe os med at gøre dem endnu bedre med åbne arme.

Med RTTT fokuserer vi på at hjælpe patienterne med netop de ting, de synes, er sværest, og det gør en kæmpe forskel. Skemaet, menuforslagene, opskrifterne og 'må/må-ikke'-listen giver dem tryghed og overblik i en hverdag, hvor man i op til 5 døgn før undersøgelsen hele tiden skal huske på, at man ikke må spise og drikke, som man plejer.

RTTT reducerer frygten for at gøre noget forkert og hjælper især de sårbare patienter med at undgå dehydrering eller underernæring inden undersøgelsen. Samtidig giver det ro for patienterne at føle, at de har fulgt vejledningen i skemaet og dermed gjort, hvad de selv kan for at sikre, at undersøgelsen bliver vellykket.

Afkrydsningsfelterne i skemaet er også meget populært, fordi det giver pårørende og/eller plejepersonale mulighed for at følge med og markere i oversigtsskemaet, efterhånden som processen skrider frem. Det er en ekstra sikkerhed for dem, der ønsker det.

Også vores data fortæller os, at det virker. 90% af patienterne møder nu godt udtømte. Det betyder færre aflysninger og udsættelser (og mindre indgriben i hverdagen), mindre ubehag/færre smerter under selve undersøgelsen – og bedre mulighed for os for at udrede og behandle hurtigst muligt. Og når patienterne har en god oplevelse af undersøgelsen første gang, betyder det, at de er mere afslappede og trygge til opfølgende kontroller. Det er ren win-win for alle.

Dokumentation af initiativets værdi:

Vi indsamler løbende data på, hvor godt patienterne er udrenset. Næste måling foretages i januar 2023. Da initiativet startede op i 2021, og mens fokus var på at optimere vores egne arbejdsgange, viste data, at ca. 80% af patienterne i gennemsnit mødte ind godt udtømte til undersøgelse. Da vi i oktober 2021 skiftede til patientfokus, så vi en positiv effekt næsten omgående. Nu mødte over 90% af patienterne ind godt udtømte – og den effekt ser ud til nu at være stabil og fortsat opadgående. Så vi sigter selvfølgelig stadig efter de 95%. Alle RTTT-materialer er nu i brug, og vores fortsatte dialoger med både patienter og pårørende gør os hele tiden skarpere på flere nuancer og muligheder, vi kan udvikle på. Det betyder blandt andet, at vi nu går i gang med at omskrive selve patientvejledningerne til RTTT-sprog også, så de bliver lige så læse- og brugervenlige som RTTT-materialerne. Vi igangsætter også et samarbejde med vores meget aktive Patient- og pårørenderåd, der med deres unikke viden og perspektiver kan hjælpe os med videreudvikling. Fordi flere undersøgelser gennemføres som planlagt med klare resultater ser vi også en positiv effekt på forebyggelse af tarmkræft. Vores påvisningsrate er steget med 32% – fra 47% til 62%, hvilket betyder at flere patienter kommer hurtigere videre i behandling. RTTT får derfor ros af Kræftens Bekæmpelses områderepræsentant, der anbefaler RTTT til alle koloskopiafsnit i Danmark. For personalet er RTTT et symbol på tværfaglig synergi, og hvad vi kan opnå, når vi bruger hinanden, hvor vi er bedst til at forbedre outcome for både patienterne og os selv. Det booster arbejdsglæden, holdånden og meningsskabelse, når patienterne møder ind glade og trygge og får gennemført deres undersøgelser som planlagt. Det giver ny energi, og det har medført en popcorn-effekt af gode idéer til andre initiativer – og ikke mindst opmærksomhed på at være nysgerrig på patientoplevelser og lyst til at udfordre os selv til at blive endnu bedre.

Mulighed for at sprede initiativet:

RTTT-konceptet er skabt til brugerinddragelse og lokal tilpasning. Selve rygraden af konceptet – de brugervenlige skemaer og lister – kan relativt nemt tilpasses til andre skopi-afsnit. Og i virkeligheden i alle sammenhænge, hvor der er behov for at hjælpe patienter med forberedelser til undersøgelser. Det vigtigste er at have et klart formål med det, man vil opnå og en konkret målgruppe, så materialerne udvikles specifikt til at understøtte dette.

Det kræver en høj grad af patientinddragelse – man skal lytte, lære og forstå de udfordringer, den utryghed eller den hverdag, patienterne skal have 'opgaven' til at passe ind i.

RTTT-konceptet kræver fagpersonale, der engagerer sig i det, der foregår, før patienten træder ind af døren. I nogle tilfælde kunne det være relevant at inddrage praksislæger, andre behandlingssteder, udskrivningskoordinatorer eller hjemmeplejen.

En anden force ved konceptet er, at det er analogt og i sin nuværende form kun kræver få tekstrettelser for at kunne supplere eksisterende materialer. Borgerne skal i forvejen navigere i en lang række af sundheds-apps og -sites, så endnu en digital løsning til en undersøgelse, der (forhåbentlig) kun skal gennemføres få gange, vil måske være afskrækkende. Til længere forløb, fx genoptræning efter udskrivelse, kunne digitalisering dog sagtens være en mulighed.

Indstilling 4: Den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER

Titel på initiativet:

Den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER – et generisk beslutningsstøtteværktøj der kan tilpasses multiple kliniske kontekster

Ansvarlig leder:

Karina Dahl Steffensen

Afdeling og hospital:

Center for Fælles Beslutningstagning, Region Syddanmark

Navn:

Bettina Mølri Knudsen

E-mail:

bettina.knudsen@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 24 99 45 49

Starttidspunkt for initiativet:

2022-06-01

Baggrund for initiativet:

Patientinddragelse er et helt centralt omdrejningspunkt i mødet med patienterne og et vigtigt element i at højne patientens livskvalitet og reducere overbehandling. En måde at involvere patienten i egen behandling, udredning, opfølgning eller pleje er ved at anvende fælles beslutningstagning, hvor patient og kliniker i fællesskab træffer beslutning om det fremtidige forløb. Klinikerne er ekspert i diagnosen, mens patienten er eksperten på sit eget liv.

I mange patientforløb står patienterne over for svære beslutninger. Skal man f.eks. gennemgå forebyggende kemoterapi, hvis risikoen for tilbagefald er minimal? Eller indlægges hvis man har en spiseforstyrrelse? Til at understøtte samtalen mellem patient og kliniker har Center for Fælles Beslutningstagning (CFFB) udviklet et beslutningsstøtteredskab – en såkaldt BESLUTNINGSHJÆLPER™ – i en trykt papirudgave tilpasset den konkrete behandlingssituation. BESLUTNINGSHJÆLPER™ udsprang af et behov for øget patientinddragelse inden for kræftområdet men er i dag udbredt inden for mange forskellige sygdomme.

Efter opfordringer fra både patienter og klinikerne er den gennemtestede BESLUTNINGSHJÆLPER™ nu videreudviklet til en digital udgave, som alle patienter kan tilgå via Mit Sygehus-app'en, som er udbredt i Region Syddanmark. Det er den digitale udgave, vi mener fortjener prisen for årets Patientoplevelse 2023.

Initiativets nyskabelse:

På grund af en markant øget efterspørgsel på sundhedsteknologiske løsninger har CFFB de sidste par år arbejdet på at digitalisere BESLUTNINGSHJÆLPER™. Der er kun udviklet få digitale beslutningsstøtteværktøjer til brug mellem patient og kliniker i Danmark, og de er primært målrettet unge patienter, som er en oplagt målgruppe for digitale løsninger. Brugen af digitale beslutningsstøtteværktøjer er således nyt til den voksne befolkning og ældre patienter, som udgør en stor del af mødet med det

danske sundhedsvæsen.

Et andet nyskabende aspekt af digitaliseringen af BESLUTNINGSHJÆLPER™ er, at det giver mulighed for, at patienterne kan få beslutningsstøtteværktøjet, inden de møder ind til konsultationen – og dermed har mulighed for at forberede sig på samtalen, og det valg de står overfor. På grund af de hurtige udrednings- og behandlingsforløb - særligt inden for kræftbehandling - vil det ikke være muligt at sende trykte papirudgaver til patienterne inden deres fremmøde. Med tanke på bæredygtighed er det også vigtigt at give patienterne mulighed for at få den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ udleveret efter samtalen og dermed minimere brugen af trykte udgaver. Der er således stort anvendelsespotentiale af den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ sammenlignet med den trykte papirudgave.

Implementering og brug af initiativet:

Elektronisk patientinformation kræver tilpasning til andre anvendte elektroniske løsninger i patienternes hverdag, for at de ikke mister interessen. Derfor var det et vigtigt element i udviklingsfasen, at den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ skulle kunne tilgås via Mit Sygehus-app'en, som er flittigt anvendt af de syddanske borgere med ca. 85.000 aktive brugere af app'en med et forløb på regionens sygehuse.

Der blev åbnet op for brugen af den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ i juni 2022. Implementeringen af og oplæring i den digitale udgave varetages CFFB. Alle afdelinger, som i forvejen har udviklet en trykt udgave bliver introduceret til den digitale udgave og kan tilbyde den til patienterne. På de afdelinger, som fremadrettet udvikler nye BESLUTNINGSHJÆLPER™, vil den digitale udgave indgå som en fast del af den obligatoriske undervisning omkring fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjer. På den måde sikrer vi vedvarende fokus på brug og implementering af den digitale udgave.

Værdiskabelse:

Studier fra udlandet viser, at hvis patienterne får udleveret et digitalt beslutningsstøtteværktøj, inden de møder ind til samtalen og har haft mulighed for at reflektere over egne præferencer og værdier, føler de sig mere parate til at træffe en beslutning, når de mødes med klinikerne – og patienterne fortryder også sjældnere deres valg.

En digital udgave kan dog også være nyttig både under og efter samtalen, som en erstatning for det informationsmateriale som patienten får udleveret, og for mange patienter er den digitale tilgang til informationer lettere tilgængelig. Dette har således ligget til grund for ønsket om at udvikle den digitale udgave af BESLUTNINGSHJÆLPER™.

I foråret 2022 blev der gennemført to lokale pilotstudier med brugen af den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™. Det ene studie blev gennemført med det formål at undersøge tilfredsheden blandt patienter, der får udleveret den digitale udgave før konsultationen, og det andet studie med fokus på tilfredsheden blandt patienter, der fik den udleveret efter konsultationen. Begge studier viste, at de adspurgte patienter fandt det vigtigt, at BESLUTNINGSHJÆLPER™ var tilgængelig i elektronisk form, og at formålet med den digitale udgave var klar for dem. Undersøgelserne viste ligeledes, at patienterne kunne navigere i app'en og den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™. Begge studier blev testet blandt både mænd og kvinder og med stor spredning i alder (39-81 år).

Der er ingen tilbagemeldinger fra klinikere om, at det har været besværligt at distribuere den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ via EPJ-SYD til patienterne. Mange sundhedsprofessionelle har også tidligere efterlyst, at BESLUTNINGSHJÆLPER™ kan udleveres elektronisk.

Dokumentation af initiativets værdi:

I forbindelse med udvikling af den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ er der blevet udviklet et statistikmodul, som gør det muligt at følge BESLUTNINGSHJÆLPER™ liv hos patienterne i form af patientens interaktioner i app'en, bl.a. hvor mange downloader og anvender den, tidsforbruget på de enkelte trin i BESLUTNINGSHJÆLPER™, antal klik på siderne og hvilke valg de foretager i app'en. Interaktionerne vil ikke være tilgængelige på personniveau, men det vil give en afdeling mulighed for tilgå overordnet statistik på patienternes brug af den. På den måde kan vi dokumentere, om og hvor meget den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ bliver anvendt, og hvor der kunne være forbedringspotentialer på baggrund af patienternes interaktioner. En sådan kvantitativ måling af app'en liv kan dog også følges op kvalitativt, hvis de enkelte afdelinger ønsker dette eller har behov for at få afdækket noget konkret. For yderligere at dokumentere evidensen af den digitale udgave er der igangsat et lodtrækningsstudie på CFFB, hvor patienterne enten modtager den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ før konsultationen eller den trykte udgave under konsultationen. Dette projekt er unikt i forhold til andre studier, fordi man ikke tidligere har undersøgt effekten af to identiske beslutningsstøtteværktøjer i hvert sit format på to forskellige tidspunkter i patientens forløb. Det giver således en mere ren intervention i forhold til de tidligere studier, som har sammenlignet et beslutningsstøtteværktøj med ingen beslutningsstøtte eller med brug af beslutningsstøtteværktøjer med forskelligt indhold. Projektet vil dermed kunne bidrage med viden om, hvordan sundhedsvæsenet bedst muligt inddrager patienter i beslutninger, og hvilke former for beslutningsstøtteværktøjer, som har den største effekt - og skal ses i lyset af den massive investering, der sker på området og inden for udvikling af nye beslutningsstøtteredskaber både nationalt og internationalt.

Mulighed for at sprede initiativet:

Den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ er udviklet som en tilføjelse til Mit Sygehus-app'en, som anvendes i Region Syddanmark. Den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ kan dog let tages i brug i tilsvarende app-løsninger i de øvrige danske regioner og har således stort potentiale til anvendelse i hele landet. Rent teknisk er der tale om ændring af en url-adresse og eventuel tilpasning af struktur af data og api for at kunne matche tilsvarende app-løsninger.

En sidegevinst for patienterne er, at de - udover at få adgang til den digitale BESLUTNINGSHJÆLPER™ - også får adgang til et e-læringsprogram, som hjælper dem med at blive mere afklaret om egne præferencer, og de får viden om fælles beslutningstagning og deres egen rolle, når der skal træffes beslutninger om behandling, udredning og pleje. Den digitale udgave er således et vigtigt redskab til spredning af fælles beslutningstagning nationalt og er et vigtigt parameter i ønsket om at skabe øget patientinddragelse – også fra politisk side, hvor den nye SVM-regering netop har skrevet øget patientinddragelse i behandlingsvalg ind det nye regeringsgrundlag. Denne politiske opbakning er vigtig for at sikre spredning, skalering og anvendelse.

Barrierer er, at digitale løsninger kan være dyre, og de kræver konstant udvikling. Der kan forekomme nedbrud på systemerne, som gør, at løsningen midlertidigt kan være utilgængelig for patienten.

Indstilling 5: Fælles Beslutningstagning i valg af behandling hos patienter med spiseforstyrrelser

Titel på initiativet:

Fælles Beslutningstagning i valg af behandling hos patienter med spiseforstyrrelser

Ansvarlig leder:

Eva Wittenborn, tovholder for udvikling og implementering af Beslutningshjælper til fælles beslutningstagning og Lisa Korsbek, programleder for Fælles Beslutningstagning i Region Syddanmark.

Afdeling og hospital:

Team for Spiseforstyrrelser, Lokalpsykiatrien Psykiatrisk afdeling Odense, Psykiatrien i Region Syddanmark. Behandlingen er terapi individuelt og i gruppe. Derudover samarbejdes der med Ernæringsenhed og psykiatrisk afdeling.

Navn:

Eva Wittenborn

E-mail:

eva.wittenborn@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 99 44 92 82

Starttidspunkt for initiativet:

2020-01-01

Baggrund for initiativet:

Fælles Beslutningstagning (FB) er i psykiatrien i Region Syddanmark defineret som rammen for det bedst mulige behandlingsforløb, kendetegnet ved at mennesker med psykisk sygdom mødes som ligeværdige partnere med indflydelse på egen behandling.

Hvordan sikres FB så i praksis? Som en del af udrulningen af FB i hele Region Syddanmark, i såvel somatikken som i psykiatrien, har Team for Spiseforstyrrelser været med fra starten.

Formålet for os var at integrere patienters præferencer i beslutninger om deres egen behandling. En afdækning af, hvornår og hvordan beslutninger reelt blev truffet, gav indsigt i at patienters præferencer ikke blev brugt systematisk i de konkrete beslutninger om behandling. Præferencerne blev indhentet ved de indledende samtaler, og efterfølgende fremlagt på vores behandlingskonferencer. Men det var klinikerne, der traf beslutningerne om den behandling, der kunne tilbydes patienten.

Målgruppen for indsatsen er voksne mennesker over 20 år, som er i ambulant behandling for en spiseforstyrrelse i Team for Spiseforstyrrelser, Psykiatrisk afdeling Odense. Mennesker med spiseforstyrrelser kan opleve stor ambivalens, og FB kan være støttende i den forbindelse, og er vurderet som en metode til at mindske utryghed og styrke mestring i samarbejdet om behandlingen.

Initiativets nyskabelse:

Der blev igangsat en proces med undervisning i FB for klinikere og med udvikling af et beslutningsstøtteværktøj til dialogen om behandling med udgangspunkt i patientens præferencer. Som de første i psykiatrien i Region Syddanmark udviklede vi en Beslutningshjælper (BH), der indeholder vores samlede behandlingstilbud. Hvert tilbud er i BH beskrevet med en fokuseret overskrift på et kort, der indeholder fordele og ulemper ved netop denne behandling. Beskrivelsen af fordele og ulemper er blevet til ud fra klinikerens og patienters udsagn. Sidstnævnte indhentet via spørgeskema og interviews af

patienter.

BH er tænkt som et dialogredskab, hvor behandler og patient samarbejder om at finde den for patienten bedst mulige behandling.

Initiativet har medført konkrete ændringer af praksis, og har betydet, at beslutninger netop ikke primært er behandlerstyrede beslutninger, der formidles til patienten. Behandlingsbeslutningerne træffes nu sammen med patienten på et oplyst og dialogbaseret grundlag, hvor patientens præferencer og værdier er et omdrejningspunkt.

I dag får alle patienter, der visiteres til behandling i teamet en BH, som anvendes gennem hele patientens forløb, hvilket vil sige, hver gang, der skal træffes beslutninger om behandling.

Implementering og brug af initiativet:

BH er placeret synligt på en væg i teamet.

Målet er at alle patienter, der visiteres til teamet, får viden om, at teamet praktiserer FB og at de introduceres til FB allerede ved 1. samtale. Dette for at tydeliggøre den vægt, vi lægger på patientens præferencer.

Der indsamles præferencer i dialog med patienten, og disse tages med på vores behandlingskonference, hvor de behandlingstilbud, som kan være relevante for patienten, udvælges.

Ved 2. samtale anvendes BH i praksis, og patienten forberedes på det valg, der nu skal træffes. De udvalgte kort med fordele og ulemper introduceres og bringes i spil i den efterfølgende dialog om behandling. Der udvælges og fravælges behandlingsskort. Nye kort kan bringes ind, hvis vurderingen fra behandlingskonferencen alligevel ikke passer til patientens præferencer og ønsker.

Patienten har mulighed for at tage BH med hjem, så behandlingsmulighederne f.eks. kan drøftes med pårørende, inden der træffes et valg.

Brug af BH dokumenteres i journalen.

Værdiskabelse:

For patienterne har initiativet betydet, at behandlingstilbuddet er gået fra "take-it-or-leave-it" til "hvordan skaber vi sammen det bedste forløb for dig?"

Patienterne siger, at: "det skaber autonomi og motivation, når jeg hører dem (behandlerne, red.) sige, at jeg har ret til at vælge og kan sige ja eller nej og selv være med til at sammensætte, hvad jeg har brug for" Sidegevinsten ved projektet har været en synliggørelse af de forskellige behandlingstilbud, dels over for patienterne, men også over teamets klinikere.

I forbindelse med LUP undersøgelse blev vi opmærksomme på, at vores patienter ikke følte sig tilstrækkeligt informeret om vores behandlingstilbud, og at de ønskede større indflydelse på behandlingsbeslutningerne. Implementering af FB har i den grad været med til at imødekomme denne efterspørgsel.

Klinikerne i teamet har været del af udviklingen af Beslutningshjælperen, og processen har betydet mange refleksioner og drøftelser af hvilken behandling, vi kan tilbyde.

Brugen af beslutningshjælperen hjælper klinikerne til at være mere åbne i forhold til de faglige vurderinger. I stedet for information om behandlingstilbuddet, er der nu åbnet op for en mere nysgerrig og ligeværdig dialog imellem patient og kliniker.

For klinikerne har det samtidig givet en særlig værdi, at brugen af BH er baseret på et reelt behov, og at den er udviklet til allerede eksisterende samtaler. Derved bliver BH et praktisk værktøj, der sikrer systematik i den måde, vi støtter patienterne og samarbejder om valg af behandling.

Beslutningshjælperen ligger fysisk mellem kliniker og pt. og bliver således et fælles redskab til en fælles beslutning om behandling

Dokumentation af initiativets værdi:

I maj 2022 var Center for Patientinddragelse i Region Hovedstaden på feltarbejde i teamet for at indhente praksisnære erfaringer af, hvordan vi konkret arbejder med FB og hvilken betydning det har for såvel

patienter som klinikere. Rapporten "Fælles beslutningstagning – oplevet værdi set fra et kliniker- og patientperspektiv i Psykiatrien i Region Syddanmark", baseret på bl.a. interviews med patienter og klinikere, dokumenterer bl.a., at det for patienterne giver tryghed, at valg træffes i dialog. Det kan føles overvældende, når man står i en sårbar position, at stå alene med store beslutninger. Derfor giver det tryghed, at valg træffes i dialog sammen med klinikerne. Som en patient siger: "Når jeg sidder over for en læge (egen læge), som spytter termer ud, jeg ikke forstår, bliver det svært at træffe en beslutning, som er bedst for mig. Derfor er jeg glad for, her i psykiatrien at blive mødt med meget mere information, så jeg kan træffe det rette valg for mig". Det værdsættes, at der er tid til at træffe valg, samt at der er mulighed for betænkningstid mellem samtalerne: "Det er rart at have en kontaktperson at sparre med. For det er et stort ansvar at have på egne skuldre. Patienter kan ofte opleve ofte ambivalens omkring at indgå behandling og ændre adfærd. Denne ambivalens kan mindskes, når patienterne selv er med til at sammensætte behandlingen og vælge de tilbud, der giver mest mening. De udtaler i den forbindelse: "Når der er noget, jeg frivilligt har sagt ja til at være med i, så er jeg også mere motiveret for at få maksimalt ud af det. Fremfor at nogen har sagt: "Det skal du" Samtidig er samtalekortene med til at synliggøre for patient og kliniker, hvor langt patienten er i behandlingsforløbet.

Mulighed for at sprede initiativet:

Allerede på nuværende tidspunkt har vi haft besøg fra psykiatrien i andre regioner, som gerne vil vide mere om vores Beslutningshjælper og brugen af den.

Center for patientinddragelse har fulgt os over et par dage og udviklet nævnte rapport:

https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/sider/faelles_beslutningstagning_i_region_syddanmark.aspx

Psykiatrien i Region Sjælland har deltaget i en undervisningseftermiddag om vores brug af FB og BH.

I Danske Regioner blev der i september 2022 afholdt et webinar om fælles beslutningstagning i psykiatrien i regi af det landsdækkende LKT-tvang (Lærings- og kvalitetsteam med fokus på nedbringelse af tvang i psykiatrien), hvor vi formidlede vores arbejde:

Det direkte link til webinarer er :

<https://regn.sharefile.eu/share/view/sc9bea62de31a48268c587402cb17fc57>

Selv om Beslutningshjælperen er lokalt udviklet, ligger den frit tilgængelig til inspiration for andre, såvel internt i regionen som i andre regioner, hvor der arbejdes med FB. Det betyder, at andre regioner uden problemer vil kunne bruge den i deres eget arbejde med at praktisere fælles beslutningstagning og udvikle beslutningsstøtteværktøjer til patienters ligeværdige møde med psykiatrien.

Indstilling 6: Flexklinik

Titel på initiativet:

Flexklinik

Ansvarlig leder:

Direktion og Akutmodtagelse på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Afdeling og hospital:

Akutmodtagelsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Navn:

Jens Rasmussen

E-mail:

jens.henning.rasmussen@regionh.dk

Telefonnummer:

+45 26 19 88 01

Starttidspunkt for initiativet:

2022-02-01

Baggrund for initiativet:

Bispebjerg og Frederiksberg Hospitals optageområde har mange borgere, som udover somatisk og/eller psykisk sygdom, har en særlig social udsathed. Gruppen af borgere oplever barrierer i mødet med sundhedsvæsenet, der er indrettet til "gennemsnitspersonen" og bliver mødt med en forventning om, at alle kan fremmøde i bestemte tidsintervaller, har NemID, og kan følge ambulant behandling. Forventninger, som denne gruppe af borgere ofte har svært ved at leve op til, hvorfor de risikerer ikke at få den rette behandling og/eller at forlade behandlingen, før den er færdig.

Hospitalet har derfor oprettet en Flexklinik, der er målrettet socialt udsatte borgere med behandlings- og støttebehov, som vores hidtidige sundhedstilbud ikke har understøttet optimalt.

Formålet er at yde udredning, diagnostik og behandling til socialt udsatte patienter på hospitalet, samt at sikre at overgangen til andre behandlingstilbud koordineres på tværs af sektorgrænser. Det er desuden et mål at sikre kompetenceløft af det etablerede sundhedsvæsen, herunder at specialafdelinger får de nødvendige kompetencer og rammer til at håndtere socialt udsatte patienter via undervisning og faglig sparring.

Målgruppen for Flexklinikken vil typisk være brugere på væresteder og bosteder samt hjemløse og funktionelle hjemløse borgere med en somatisk og/eller psykisk problemstilling og ofte også en rusmiddelproblematik.

Initiativets nyskabelse:

Flexklinikken afprøver nye former for samarbejde om socialt udsatte borgere og udfordrer måden "vi plejer" at gøre tingene på hospitalerne. Klinikken tilbyder flexforløb tilpasset borgerens individuelle behov og håndterer koordination af borgerens forløb før, under og efter behandling og/eller indlæggelse, så det sikres, at hele behandlingsforløbet gennemføres, og at patienten ikke slippes af systemet, når de er medicinsk færdigbehandlede for den oprindelige behandlings-/indlæggelsesårsag.

Patientgruppen har typisk mange kontakter til hospitalet med mange indlæggelser. Hvor man tidligere slap patienterne når de blev udskrevet, har man med flexforløbene (via samtykke) sikret, at patienterne fortsat er tilknyttet Flexklinikken, også efter endt indlæggelse. Det betyder, at man dels sikrer en god overgang til andre sektorer og samtidig er på forkant, hvis (når) patienterne indlægges igen.

1. jan. 2023 suppleres klinikken med en almenmedicinsk funktion. Flex almen praksis tilbyder lægehjælp svarende til en praktiserende læge. Der er åben konsultation, hvor borgerne kan møde op uden tidsbestilling. På den måde kan de mest udsatte borgere få hjælp til deres sundhedsmæssige udfordringer, før det ender med alvorlige tilstande og evt. akut indlæggelse. Patienterne får også hjælp til at genskabe kontakten til egen læge. Aftalen om Flex almen praksis er lavet i tæt samarbejde med PLO.

Implementering og brug af initiativet:

Flexklinikken organisatoriske ophæng er Akutmodtagelsen. Styregruppen er sammensat af repræsentanter fra Københavns og Frederiksberg Kommune, Udsatterådet, Rådet for Socialt Udsatte, brugerakademiet, samt hospitalsdirektør, cheflæge fra Akutmodtagelsen og læge fra Flexklinikken.

Klinikken er ved at være igennem en pilotfase, startet 1. feb. 2022. I pilotfasen er tilbuddet løbende tilpasset nye erfaringer og forskellige flexforløb er testet. Fra 2023 arbejdes der på at etablere et antal faste senge, hvor der kan ske abstinensbehandling og afrusning.

Det socialfaglige team i Flexklinikken består af 1 speciallæge i almen medicin, 4 socialsygeplejersker, 1 tværsektoriel samarbejds koordinator (socialrådgiver) samt 3 kliniske sygeplejersker. Til ovennævnte senge bliver der tilknyttet yderligere plejepersonale og læger.

Der er etableret et koordinerende og forpligtende samarbejde mellem Flexklinikken og de to kommuner i hospitalets optageområde.

Værdiskabelse:

Flexklinikken vil formodentlig bidrage til at højne den generelle sundhedstilstand for et antal borgere, der tidligere ikke søgte formaliserede sundhedstilbud. De sociale problemstillinger, som denne borgergruppe kæmper med, vil langt hen ad vejen overskygge eventuelle somatiske helbredsudfordringer. Derfor er tilgængelighed, imødekommenhed og fordomsfrihed helt essentielt for at række ud til målgruppen. En del somatiske lidelser kan behandles eller afhjælpes, før de bliver alvorlige (fx infektionstilstande), og andet kan forebygges, hvis borgeren ses af en sundhedsfaglig medarbejder. Flexklinikken kan dermed bidrage til bedre sundhed og øget livskvalitet hos målgruppen.

Flexklinikken målgruppe opleves almindeligvis som "vanskelige" i det etablerede sundhedsvæsen. Patienter/borgere der ikke overholder aftaler, kommer igen og igen med rusmiddelproblematikker, fremstår usøgnede etc. kan være svære at tilbyde behandling i de etablerede rammer. Det er desuden afgørende, at de medarbejdere, der er tilknyttet Flexklinikken, er dedikerede til netop at ville gøre en forskel for denne gruppe mennesker, og at der er tid og rummelighed ift. den enkelte patients behov.

Området har været præget af ildsjæle, der har forsøgt at hjælpe så godt som muligt. Det opleves nu af personalet, at der skabes et hold og en organisation, der på tværs af afdelinger og sektorer arbejder i samme retning for at skabe sammenhæng i hjælpen. Der er skabt overblik over de muligheder, som der reelt er uden for hospitalet, og tilbuddene bliver i højere grad "limet" sammen på tværs af sektorer. Det giver en meget høj arbejdstilfredsstillelse for personalet at kunne tilbyde sammenhængende patientforløb, der i den grad gør en forskel.

Dokumentation af initiativets værdi:

Flexklinikken bliver løbende evalueret og fulgt i forskningsregi. Patienter kan inkluderes til flex-forløb, og det er anmeldt til VEK og godkendt i den regionale enhed for dataanmeldelser til opsamling af data i 5 år. Data følges tæt af et hold bestående af to Ph.d.-studerende i Akutmodtagelsen, et farmaceutisk projekt med bevilling og i regi af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse. Der ses bl.a. på antallet af patienter og flexforløb, hvem opsøger klinikken, hvem henviser, og hvem henvises. Desuden foretages en almen medicinsk gennemgang af alle patienter og en medicingennemgang af farmaceut. I pilotfasens første 10 måneder har 110 patienter/borgere været i forløb, hvoraf de 26 er afsluttet ved indgangen til december 2022. Indsatserne har blandet andet været etablering af varige og holdbare kontakter til rusmiddelbehandlingscentre og til psykiatrien, reetablering af ambulante forløb (f.eks. hepatitis og HIV-behandling), der har været lukket pga. gentagne udeblivelser, samt mere formaliseret kontakt til frivillige organisationer, som eksempelvis WeShelters projekt med de sociale haver, hvor borgere er gået i jobtræning lokalt på Bispebjerg-matriklen i stedet for i de kommunale tilbud. Antallet af tilknyttede borgere forventes øget betydeligt med etableringen af Flex almen praksis. Kommunerne inddrages desuden i evaluering og forskning, så der sikres fokus på det tværsektorielle samarbejde og patientovergange.

Mulighed for at sprede initiativet:

Flexklinikken er et supplement til det eksisterende sundhedsvæsen. Klinikken er udviklet sammen med de parter, der på tværs af sektorer er involveret i socialt udsatte borgeres forløb. Gennem samarbejdet er der skabt nogle rammer, der både fysisk og organisatorisk, møder socialt udsatte borgere på deres præmisser. Denne brede forankring og helhedstænkning er afgørende, hvis konceptet skal spredes til andre steder i sundhedsvæsenet.

Da der ikke er andre hospitaler, som arbejder med en helhedsløsning på samme måde, som det er tilfældet med Flexklinikken på Bispebjerg Hospital, har det fra starten været meningen at få beskrevet en model, som tilpasses løbende, og opgøre data, ligesom indsatsen følges i forskningsøjemed. Det er endnu for tidligt at lægge sig fast på én model, men såfremt evalueringen og forskningen viser, at indsatserne både giver mening og har tilstrækkelig værdi, skal det være muligt at lave en lignende løsning med udgangspunkt i andre hospitaler. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at det skal være tilpasset de konkrete lokale forhold, da samarbejde med kommune og civilsamfund er afgørende for koordinationen af forløb på tværs af sektorer.

Indstilling 7: Ny patientrettet hjemmeside for Psykiatrien

Titel på initiativet:

Ny patientrettet hjemmeside for Psykiatrien

Ansvarlig leder:

Kommunikationschef Jens Hanø Flensted-Jensen

Afdeling og hospital:

Kommunikation, Psykiatristaben

Navn:

Tobias Iskov Thomsen

E-mail:

tobtho@rm.dk

Telefonnummer:

+45 30 46 37 66

Starttidspunkt for initiativet:

2021-09-15

Baggrund for initiativet:

I 2019 foretog konsulenthuset Novicell et servicetjek af regionens – og særligt Psykiatriens – hjemmesider vurderet i forhold til sammenlignelige, offentlige hjemmesider. Konklusionen var klar: både Psykiatrien og Region Midtjylland som helhed sakkede bagud, når det kommer til både visuelle virkemidler, struktur og ikke mindst sprogbrug.

Derfor er Region Midtjylland i gang med at implementere nye hjemmesider, som lever op til en moderne digital og mobiloptimeret indgang til sundhedsvæsenet. Det handler ikke længere om at stille mest mulig information til rådighed, men om tilbyde patienter og pårørende et møde med en digital guide i øjenhøjde. Psykiatrien har været frontløber på processen for hele Region Midtjylland og gik som det første hospital i regionen i luften med en helt ny hjemmeside. Vi har samtidig haft et særligt fokus på, hvordan vi kunne optimere psykiatriske patienter og deres pårørendes interaktion med hjemmesiden ud fra problemstillinger, der kommer til udtryk ved denne særligt sårbare patientgruppe. Borgerne skal føle sig serviceret og taget i hånden, så det bliver en tryk, positiv og let oplevelse at møde Psykiatrien digitalt. Udviklingen af det nye koncept for hjemmesiden er sket i tæt samarbejde med Region Midtjyllands øvrige hospitaler, så allerede i udviklingen er implementeringen på andre hospitaler tænkt ind.

Initiativets nyskabelse:

Hele tilgangen til hjemmesider er vendt på hovedet, så vi nu tager 100 % udgangspunkt i brugernes behov. Derfor har vi også inviteret dem ind i projektet, hvor vi har interviewet en stor gruppe patienter og pårørende og har bl.a. brugertestet udkast til den nye side. Brugere har hjulpet os med at finde ud af, om vi var på vej i den rigtige retning.

Vi har også haft tæt dialog med klinisk personale fra samtlige klinikker og sengeafsnit, som har givet deres input til at gøre deres egne sider så gode som muligt. Hjemmesiderne for samtlige klinikker og sengeafsnit i Psykiatrien er bygget op fra bunden ud fra en ny skabelon. Generelt har processen i høj grad været datadrevet – både med kvalitative og kvantitative data – så vi går væk fra hjemmesider, der er baseret på mavefornemmelser og hvad vi som afsender finder vigtigt.

Arbejdet har resulteret i seks "brugerrejser" - et nyt gennemgående arbejdsredskab for alle, der arbejder med hjemmesiderne. Brugerrejserne definerer de seks typiske situationer, en patient eller pårørende kommer ud for i deres møde med hospitalet. Hver situation er inddelt i adskillige faser, der hver indeholder op til fem centrale spørgsmål, som Psykiatrien skal besvare, for at brugeren kan komme til næste fase.

Implementering og brug af initiativet:

Alt indhold skal kunne relateres til brugerrejserne og være relevant for patienter og pårørende, for ellers hører indholdet ikke til på hjemmesiden. Desuden er flere sider opdelt ud fra brugerrejserne, f.eks. er vores sider om de psykiske sygdomme nu fordelt på flere sider:

- Om sygdommen
- Undersøgelse for sygdommen
- Behandling af sygdommen
- Livet med sygdommen
- Foreninger og støtte for sygdommen

Borgerne kan nu vælge kun at læse om lige præcis den del af deres sygdom, der er relevant for dem på et givent tidspunkt. Er patienten f.eks. allerede diagnosticeret med ADHD, behøver man ikke at forholde sig til det område af hjemmesiden, der beskriver undersøgelse for ADHD.

Et af de særlige tiltag for Psykiatrien er et helt nyt selvstændigt område på hjemmesiden med fokus på pårørende. Vores undersøgelser har vist, at de pårørende ofte spiller en vigtig rolle for patienten – ofte er de nærmest en mere primær målgruppe frem for selve patienten på grund af dennes psykiske problemstillinger

Værdiskabelse:

Patienter og pårørende bliver bedre guidet frem til det indhold, der er relevant for dem ud fra den situation, de er i på ethvert givent tidspunkt. Det er tilfældet, fordi vi har identificeret og svarer på de vigtigste spørgsmål, de har til os.

Det øgede fokus på pårørende gør dem bedre rustede til at være i rollen som pårørende og være en støtte for patienten.

Tidligere har mange borgere opgivet at navigere hjemmesiden og at finde det indhold, de har efterspurgt. Vores evaluering med brugerne viser, at det er meget nemmere for dem at finde, hvad de leder efter, og at selve indholdet både er mere overskueligt, læsevenligt og konkret brugbart.

Dokumentation af initiativets værdi:

Både ledere og medarbejdere bakker op om, at det er en rigtig god idé at have en hjemmeside, der tager 100 % udgangspunkt i patienter og pårørende. Dette ved vi, fordi vi har afholdt workshops med lederne, suppleret med individuelle møder med medarbejdere, om netop deres sider. I december 2022 har vi afholdt interviews med fem brugere med ADHD, der har givet feedback til den nye hjemmeside. Langt størstedelen af tilbagemeldingerne er positive, men samtidig er der stadig nogle områder med plads til forbedring. Og det er også en del af pointen med paradigmeskiftet; at vi fremadrettet skal blive ved med at lytte til brugerne og imødekomme deres behov. Der vil ca. én gang årligt blive afholdt fem interviews med patienter og pårørende. Derudover anvender vi kvantitative data fra vores statistikværktøj til at måle på, om brugerne gør, som vi håber og forventer, eller om der er behov for justeringer. På et senere tidspunkt vil vi lave opfølgende interviews med personale for at sikre, at de nye hjemmesider opleves som værdifulde og relevante af personalet.

Mulighed for at sprede initiativet:

Konceptet med brugerrejser kan udbredes i Region Midtjylland til andre kanaler end hjemmesiden, fx indkaldelser til aftaler på hospitalet og apps. Men det kan også overføres til andre regioner. De andre regioner vil overordnet have de samme situationer og brugergrupper som Region Midtjylland.

For at udbrede kendskabet til konceptet eksternt har Region Midtjylland foreløbig oprettet en beskrivelse på www.patientkommunikation.dk/varktojer/brugerrejser.

Indstilling 8: Geriatrisk gennemgang af borgere, der skal flytte på plejecenter i Frederiksberg Kommune

Titel på initiativet:

Geriatrisk gennemgang af borgere, der skal flytte på plejecenter i Frederiksberg Kommune

Ansvarlig leder:

Julie Blomgreen, overlæge Geriatrisk afdeling, Lene Norsgård Dahl, udviklingssygeplejerske Frederiksbergs Kommunes Døgnrehabilitering

Afdeling og hospital:

Geriatrisk og palliativ afdeling (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital) og Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering

Navn:

Julie Blomgreen

E-mail:

julie.blomgreen.01@regionh.dk

Telefonnummer:

+45 91 17 65 71

Starttidspunkt for initiativet:

2021-10-01

Baggrund for initiativet:

Nye plejehjemsborgere har typisk mange indlæggelser de første tre måneder, efter de er flyttet på plejehjem. Nogle af disse indlæggelser kunne have været undgået, hvis personalet på plejecentret havde haft de rigtige informationer om patientens ønsker og behov. Endvidere får mange ældre borgere medicin og behandling, som ikke tilfører ekstra værdi i den sidste del af livet.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) har siden 2017 haft et samarbejde med Frederiksberg Kommune om lægedækning på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering (FKD). Samarbejdet blev i 2021 blevet udvidet med en geriatrisk overlæge, som en gang om ugen foretager en geriatrisk gennemgang af borgere, som opholder sig på FKD, fordi de venter på en plejebolig.

Formålet med initiativet er at sikre inddragelse af borgere og pårørende i beslutninger om, hvordan den sidste tid skal leves. Gennemgangen giver borgere og pårørende mulighed for at træffe et oplyst valg om behandlingsstrategien for den sidste tid og bidrager til at sikre en værdig og tryk afslutning på livet.

Initiativet retter sig således mod ældre og skrøbelige borgere, som opholder sig på FKD, inden de flytter i plejebolig i Frederiksberg Kommune.

Initiativets nyskabelse:

Initiativet er nyskabende, idet alle borgere i Frederiksberg Kommune, der skal på plejehjem, systematisk får gennemgået deres tilstand, behandlingsforløb og ønsker. Det har tidligere været op til borgerens egen læge eller plejehjemslægen at følge op på borgerens forløb, medicin og ønskede behandlingsniveau.

Både BFH og Frederiksberg Kommune så et behov for gennemgangen af borgernes tilstand forud for indflytningen til plejecentre og har i samarbejde udviklet initiativet. I Frederiksberg Kommune opholder kommende plejehjemsbeboere sig ofte på en venteplads på FKD, inden de flytter i plejebolig, hvilket gør det muligt at gennemgå borgerens tilstand, behandlingsforløb og ønsker, inden de flytter på plejecenter. Initiativet er således også nyskabende, da det er udarbejdet og gennemføres i et tværsektorielt samarbejde, som ikke umiddelbart er set andre steder i landet.

Implementering og brug af initiativet:

En geriatrisk overlæge fra BFH kommer til FKD en gang om ugen for at foretage gennemgange for borgere, der skal flytte på plejecenter. Forud for gennemgangen får borgeren taget en blodprøvepakke og målt værdier, så der tages udgangspunkt i opdaterede data.

Patientens medicin bliver gennemgået systematisk for at seponere medicin, som ikke giver værdi i den sidste del af livet. Dette gælder også ambulante forløb, hvor forløb, som ikke er livsforlængende, eller som borgeren ikke har et stort ønske om at fortsætte, afsluttes. Derudover tages der stilling til behandlingsniveau, herunder borgerens ønsker om indlæggelser og genoplivning ved hjertestop, så plejepersonalet ved, hvordan de skal handle, hvis borgeren bliver syg eller får hjertestop på plejecenteret.

Efterfølgende sendes skriftlig information om konklusionerne fra mødet til patientens egen læge/plejehjems-læge og plejecenteret, og der holdes et overdragelsesmøde mellem borger/pårørende, personale fra plejecenter og FKD.

Værdiskabelse:

Initiativet medvirker til selvbestemmelse i den sidste del af livet. Borgeren får sammen med eventuelle pårørende mulighed for, i samarbejde med en geriatrisk overlæge og personale på FKD, at tage kritisk stilling til egen behandling, og hvordan den sidste tid skal leves. Dette er med til at sikre, at borgeren ikke bliver overbehandlet eller får medicin, som ikke tilføjer livskvalitet i den sidste tid. Derudover får borgeren mulighed for at sætte fokus på de områder, som er særligt vigtige for borgeren i afslutningen på livet. Tilbagemeldingerne fra borgere og pårørende, som har fået tilbudt indsatsen, har været meget positive.

Personalet har også været glade for initiativet, som de kan se, gør en forskel for planlægningen af patientens sidste tid. Personalet på plejehjem får informationer om borgeren, som de hidtil har manglet (fx hvad skal der ske fremadrettet, hvad er der af udfordringer), og der er skabt en fælles forståelse med familien, som har været inddraget. På FKD medfører initiativet en ekstra opgave, da der skal tages nye prøver inden gennemgangen, men det modsvarer af det kvalitetsløft, som initiativet medfører. Endelig er lægerne fra Geriatrisk afdeling glade for initiativet, som er med til at give patienterne et bedre forløb og forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

Dokumentation af initiativets værdi:

FKD og den geriatriske overlæge får løbende tilbagemeldinger fra borgere og pårørende omkring deres oplevelse og værdien af den geriatriske gennemgang, men der er endnu ikke gennemført en systematisk dokumentation af initiativets værdi. Det er planen, at en forsker fra Geriatrisk afdeling ved hjælp af kvalitative interviews vil få tilbagemeldinger fra personale på FKD, plejebolig, pårørende, borgere og praktiserende læger. Denne evaluering vil give et indblik i, hvilken betydning den geriatriske gennemgang har for borgeren og de pårørende, samt for medarbejdere på FKD, plejebolig og den praktiserende læge/plejehjems-læge. Nye plejehjemsborgere har typisk mange indlæggelser de første tre måneder efter de er flyttet på plejehjem. Initiativet formodes at medvirke til, at u hensigtsmæssige indlæggelser undgås og potentielle indlæggelser kan omlægges til subakutte vurderinger til gavn for patienten. Der er dog mange faktorer, der spiller ind på dette, hvorfor det ikke er muligt at måle direkte på initiativets effekt.

Mulighed for at sprede initiativet:

En grundsten i initiativet er, at størstedelen af alle kommende plejehjemsbeboere i Frederiksberg Kommune har et ophold på FKD, inden indflytning på plejehjem. Dette muliggør den systematiske geriatrisk gennemgang med kommende plejehjemsbeboere. Elementerne i dette initiativ vil kunne gennemføres alle steder, men det organisatoriske set-up, vil afhænge af strukturen for det tværsektorielle samarbejde i de enkelte sundhedsklynger. Det er en forudsætning, at der er en vilje og lyst til at arbejde tværsektorielt, samt at der afsættes ressourcer hertil.

Indstilling 9: Fælles Medicinsk Ambulatorium

Titel på initiativet:

Fælles Medicinsk Ambulatorium (FMA)

Ansvarlig leder:

Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Hjerteafdeling, Lungeafdeling, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Ortopædkirurgisk Afdeling, Endokrinologisk Afdeling og Fysio- og Ergoterapiafdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Afdeling og hospital:

Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Navn:

Eckart Pressel

E-mail:

Eckart.Pressel@regionh.dk

Telefonnummer:

+45 21 65 32 43

Starttidspunkt for initiativet:

2018-10-01

Baggrund for initiativet:

I Region Hovedstaden lever ca. 60 % af befolkningen over 65 år med multisygdom, dvs. med to eller flere samtidige kroniske sygdomme. Borgere med multisygdom oplever ofte en række kvalitetsbrist i deres forløb: Manglende fokus på hele sygdomsbilledet, behandlingen fokuserer på enkelt diagnoser, og der tages ikke højde for andre samtidige sygdomme eller medicineringsudfordringer. Mange sundhedsprofessionelle er involveret i forløbene, men der mangler ofte en ansvarsfordeling af, hvem gør hvad på tværs af sektorer og specialer.

For at samle og strukturere forløbene på en ny måde åbnede Bispebjerg og Frederiksberg Hospital et Fælles medicinsk ambulatorium (FMA) i 2018. Målet med FMA er at skabe større værdi for patienterne ved at sætte fokus på deres samlede sundhedsproblem og sikre et entydigt ansvar for behandlingen og koordinering på tværs af de relevante specialer.

Aktuelt har FMA fire spor:

- a) Multisygdomsspor: Patienter med komplekse komorbiditeter, forløb i flere ambulatorier og på tværs af sektorer, medicineringsproblemer og hyppige hospitalskontakter.
- b) Dyspnøspor: Patienter med uafklaret dyspnø.
- c) Polyfarmaciambulatorium: Patienter med medicinrelaterede symptomer og/eller polyfarmaci.
- d) Hofteambulatorium: Ældre patienter med hoftefraktur med samling af fald-, osteoporose-, funktions- og frakturstatus.

Initiativets nyskabelse:

I FMA sammentænkes de forskellige behandlerinstanser i primær- og sekundærsektor med udgangspunkt i patientens samlede sundhedsproblem. Hvor patienter med sygdomme tidligere skulle gå til ambulante

behandlinger i forskellige ambulatorier, hvis sygdommene hørte under forskellige medicinske specialer, samles specialerne, i det omfang det er muligt, om patienten i FMA.

En tovholderlæge og en tovholdersygeplejerske i FMA følger patienten gennem hele forløbet og involverer samarbejdspartnere (fx øvrige hospitalsafdelinger, praktiserende læge og kommunal struktur) til virtuelle konferencer (MDT-konferencer) omkring den enkelte patient. Personalet i FMA sørger således for, at patientens forløb bliver koordineret og samtænkt.

Supplerende parakliniske undersøgelser og diagnostiske tiltag foretages i videst muligt omfang af ambulatoriets personale, så patienten oplever så få overgange som muligt. Ved afslutning afholdes der som noget nyt også planlagt telefonkonsultation med den praktiserende læge, hvis relevant.

Implementering og brug af initiativet:

FMA er fysisk placeret på Frederiksberg Hospital i forlængelse af Geriatrik ambulatorium. De involverede specialafdelinger allokere lægefagligt personale til driften. Speciallægerne er ansat i og ledes i vanlig afdeling, mens sygeplejerskerne er ansat i FMA under ledelse af afdelingssygeplejersken i Geriatrik ambulatorium. Lægesekretærressourcer stilles til rådighed af Geriatrik afdeling.

Der er indgået aftaler med Klinisk Biokemisk Afdeling, Klinisk Fysiologisk Afdeling og Røntgen om fast track tider til patienter i FMA, så tider i disse afdelinger kan koordineres med fremmøde i FMA.

Ambulatoriet styres af en styregruppe med medlemmer fra både primær- og sekundærsektor. Herudover er der etableret en driftes- og implementeringsgruppe på tværs af de involverede afdelinger. I de enkelte ambulatoriesøjler er der etableret driftsgrupper, som mødes jævnligt mht. drøftelse af driftsmæssige spørgsmål.

Henvisninger til FMA modtages både fra øvrige hospitalsafdelinger og almen praksis.

Værdiskabelse:

Ved at samle forskellige fagligheder og specialer omkring patienter med flere kroniske sygdomme eller uklare symptom-billeder, bliver den enkelte patients forløb samtænkt og forenklet, hvilket har stor værdi for den enkelte patient. Funktionen som tovholderlæge og -sygeplejerske reducerer og/eller forhindrer desuden unødvendige overgange mellem hospitalsafdelingerne og sektorerne.

En interviewundersøgelse fra VIVE i 2019 viste, at patienterne i multisygdomssporet oplevede, at der blev taget kvalificeret hånd om hele deres helbredssituation, at der var god tid til samtalen, at de blev taget alvorligt, og at der var plads til at tale om de emner, som de selv havde brug for at tage op i samtalen. Derudover værdsatte patienterne, at de mødte de samme sundhedsprofessionelle fra gang til gang på grund af den relation, der bygges op, og det kendskab, som personalet får til den enkelte patients situation. Derudover havde patienterne en oplevelse af at blive mødt som person, snarere end en serie af diagnoser.

På personalesiden oplever medarbejderne i FMA et stærkt fagligt miljø, hvor der er mulighed for at få sparring fra kollegaer fra andre specialer, hvilket giver et markant kvalitetsløft. Derudover er det stimulerende for arbejdsmiljø og trivsel, ligesom det har stor uddannelsesmæssig værdi.

Dokumentation af initiativets værdi:

Indsatsen i FMA er blevet undersøgt i en interviewundersøgelse fra VIVE i 2019 (jf. besvarelse ovenfor) og en evaluering af FMA's første år i drift, hvor der blev foretaget analyse af en journalaudit og enkelte interviews. Evalueringen viste bl.a. at forløbene i FMA multisygdomsspor fremstår individorienterede, koordinerende og sammenhængende, men at det er vigtigt med et fortsat fokus på forventningsafstemning

med patienterne. Der arbejdes desuden på at implementere PRO-skemaer (Patient Reported Outcome) i patientsamarbejdet. Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire er et skema, der følger patientens oplevelse af den indsats, det kræver at passe eget helbred, og hvor meget det påvirker dagligdagen. Skemaet bruges i klinikken og i samarbejdet med den enkelte patient, men kan også benyttes til kvantitativt at følge FMA's evne til at understøtte patienternes egenomsorg. Der arbejdes ligeledes på at etablere et væsentligt tættere samarbejde med primær sektor. Samarbejdet er direkte mellem personale i FMA og de hjemmesygeplejersker, der kommer i patienternes hjem. Samarbejdet kan gå begge veje og vil primært at foregå telefonisk. Det betyder, at det er muligt for FMA at ringe direkte til den hjemmesygeplejerske, der kender patienten for at få oplysninger om f.eks. vanlig compliance eller funktion, mens der også kan ringes og aftales hjælp til særlig støtte, f.eks. ifm. opstart af ny medicin eller andet, hvor det skønnes at patienten vil have gavn af ekstra støtte i tidsrummet mellem to konsultationer i FMA. Dette samarbejde planlægges evalueret kvalitativt.

Mulighed for at sprede initiativet:

Med FMA er der opbygget og afprøvet en ny organisations- og arbejdsform, som også fremadrettet kan være model for andre ambulante områder.

Organiseringen med tovholderlæge og -sygeplejerske tilknyttet ambulatoriet og speciallæger fra forskellige afdelinger, der tilknyttes et fælles medicinsk ambulatorium, kan umiddelbart kopieres. Det forudsætter dog, at der sker en tilpasning til lokale strukturer, at der frigøres ressourcer hertil, og at der er egnede lokaler til rådighed.

Idet der er tale om et tværfagligt, tværsektorielt tiltag på tværs af afdelinger, er der behov for en tydelig ledelsesstruktur og ansvarsfordeling samt et tæt samarbejde med primærsektor.

Indstilling 10: Lichen Sklerosus

Titel på initiativet:

Lichen Sklerosus - Opfølgingsmøde i grupper forbedrer patienternes compliance, behandlings adhærens og oplevelse af livskvalitet

Ansvarlig leder:

Overlæge Constanze Merkel, Sygeplejerske Lene Stubkjær, Sygeplejerske Irene Steen Christensen, Sygeplejerske med særlig klinisk funktion Tina Heilesen

Afdeling og hospital:

Afdeling for Kvindesygdomme, Graviditet og Fødsel, Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Navn:

Tina Heilesen

E-mail:

tihe@rn.dk

Telefonnummer:

+45 97 64 26 30

Starttidspunkt for initiativet:

2020-09-01

Baggrund for initiativet:

Lichen Sklerosus (LS) er en kronisk hudsygdom, som især rammer postmenopausale kvinder og præpubertære piger. Symptomer er svie og kløe i vulva- og analregion samt skrumpninger og forandringer på huden. Senfølger kan være smerter ved samleje og cykling, rifter, revner og blødning. Ubehandlet kan der opstå celleforandringer, som kan føre til vulvacancer.

Grundig information om LS og vejledning i behandling er en forudsætning for evnen til at håndtere sygdommen. Tidligere gav vi al information og vejledning samtidig med at diagnosen blev stillet i ambulatoriet, og fulgte op med telefonsamtale med sygeplejerske efter 3 måneder.

Oplevelsen var, at kvinderne ikke havde forstået alle informationer. Mange havde ikke behandlet medicinsk korrekt, og oplevede fortsat mange gener og påvirkning af livskvalitet.

Vi undersøgte derfor, hvordan vi kunne skabe større compliance og behandlingsadhærens.

Ændrede til LS opfølgingsmøder (LOM) med samling af kvinder i mindre grupper 1 måned efter diagnosen er stillet og behandling igangsat. LOM indeholder viden om sygdom, vejledning i behandling og til hverdagen med LS.

Vi ændrede og opdelte vores vejledningsmateriale i to. Den første gennemgås ved ambulatoriebesøget hvor diagnosen stilles og behandlingen startes op. Tekst er kort og illustreret med behandlingsvejledning. Den anden, er mere omfattende og med råd til livet med LS udleveres ved LOM

Initiativets nyskabelse:

Studier viser, at gruppeundervisning kan være med til styrke patienter i håndtering og behandling af kronisk sygdom. Der peges på at en kombination af metoder hvor formidling af viden om sygdom og behandling samt interaktiv undervisning med patientinvolvering undervejs, optimerer evnen til at mestre sygdom.

Vi valgte at tilrettelægge møder i grupper (max 15) alle voksne. Vi skelede ikke til alder, men ens for alle deltagere var, at de var nydiagnosticeret og nyligt opstartet behandling.

Når vi sammenligner med andre hospitaler i Danmark, som også behandler denne patientgruppe, er vi ikke bekendte med, at man tilrettelægger med gruppemøder, som en del af behandlingsforløbet. Vi har netop præsenteret vores tilgang på basis kursus for sygeplejersker med særlig interesse i vulvalidelser (DSVL) og her var der stor interesse for at høre mere om tiltaget og vores undersøgelser af patienternes tilfredshed. Resultater som vi også præsenterede på poster ved den Nationale Kvalitetskonference (RKKP) 2021. Vi har fundet en løsning som understøtter formålet med tilrettelæggelsen. Patienterne tilkendegiver stor tilfredshed med opsætningen og strukturen i møderne, i tråd med nationale kvalitetsmål så som; Øget patientinddragelse, Bedre sammenhængende patientforløb, flere sunde leveår. Behandling af høj kvalitet. Samtidig har vi effektiviseret ved at reducere på kontroller i vores ambulatorium

Implementering og brug af initiativet:

Undervisningsmaterialet til LOM er udarbejdet af afdelingens Speciallæger og Sygeplejersker med særlig viden om vulvasygdomme. Formidlingen på gruppemødet forestås af yngre læge og sygeplejerske med særlig viden om vulvasygdomme.

Undervisningen omhandler viden om sygdommen og behandling (livslang) suppleret med illustrationer af f.eks. smøringsteknik for visuelt, at understøtte patienten i at oparbejde færdigheder.

Da mødet er gruppebaseret, er det muligt for deltagerne at spørge ind og dele erfaringer undervejs, hvilket også er med til at sætte rammen i de enkelte undervisningsforløb.

Det gruppebaserede møde er implementeret og afvikles fast hver 14. dag.

Der forgår en løbende evaluering og tilretning af indhold med baggrund i besvarelser i spørgeskemaer fra deltagerne.

Den enkelte patient deltager ved 1 møde, hvorefter forløbet afsluttes. Her efter stadig med mulighed for telefonrådgivning ved sygeplejerske, som har åben telefon hver 14. dag.

Værdiskabelse:

Vores målsætning var at give patienterne større kompetencer ift. af mestre deres kroniske sygdom, forbygge senfølger og via den vej, oplevelsen af større livskvalitet.

Vi lavede et prospektivt kvalitativt studie af deltagernes vurderinger af LOM i perioden september 2020 til september 2021 ift. tilfredshed med informationsomfang, formidling og mødeform.

Vi gennemførte to spørgeskemaundersøgelser.

Første undersøgelse forgik umiddelbart ved afslutning af LOM: et papirskema med 9 spørgsmål, overvejende med ja/nej svarmuligheder samt muligheden for at give uddybende kommentarer. Ved undersøgelsen blev der spurgt ind til den enkelte deltagers oplevelse af indhold og rammen for LOM. Anden undersøgelse forgik tre måneder efter LOM via et elektronisk spørgeskema indeholdende 22 spørgsmål og ligeledes udformet med ja/nej svarmuligheder samt muligheden for at uddybe med kommentarer.

Ved anden undersøgelse spurgte vi også ind til vores opdeling af det skriftlige vejledningsmateriale, både ift. tilfredshed med indhold og vores formål med opdeling i to.

Via spørgeskemaerne gav vi desuden deltagerne mulighed for at beskrive deres oplevelse af forløbet fra forundersøgelsen i ambulatoriet til afsluttende opfølgingsmøde (LOM). Alle deltagere som udfyldte første spørgeskema, fik tilsendt andet skema 3 måneder efter deltagelse ved LOM.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelserne var positive i forhold til målsætningen. Vi brugte besvarelserne som baggrund for videre udvikling og justeringer af konceptet.

For personalet har tiltaget skabt værdi i form af et større tværfagligt samarbejde i disse forløb, idet en sygeplejerske og en yngre læge er fælles om at afvikle mødet. For den yngre læge er undervisningen desuden en uddannelsesopgave.

Dokumentation af initiativets værdi:

Vi har via vores studie dokumentation for at tilrettelæggelsen af vores behandlingsforløb og ændringen til LOM har værdi for patienterne med LS. Undersøgelsen har vist, at deltagerne overordnet er meget tilfredse

med LOM. Kvinderne føler sig "meget bedre rustet til at leve med Lichen Sklerosus" (84%) og der er stor tilfredshed med mødets opsætning og struktur. At vi har delt vores skriftlige vejledningsmateriale i 2, er der også responderet positivt på, dels angiver 84% at de via pjecen har fået den skriftlige vejledning de havde brug for, til at starte korrekt behandling med Dermovat-salve og fedtcreme. 3 måneder efter LOM svarer 90% at det skriftlige vejledningsmateriale har bidraget til større viden og gode råd til at leve med Lichen Sclerosus. For de yngre læger giver LOM undervisningserfaring og for sygeplejerskerne har formen givet mulighed for en tilgang i sygeplejen hvor fysiske, psykiske og sociale dimensioner har større inddragelse ift. mestring af kronisk sygdom

Mulighed for at sprede initiativet:

Effekten af tilrettelæggelsen af vores behandlingsforløb og ændringen til LOM har betydet, at vi arbejder videre med konceptet i forhold til også at udvikle et børne LOM. Vi ser i dag børn fra 1-årsalderen. Her har vi planlagte konsultationer i samarbejde med børnelæger, da der hos børnene også er andre problematikker.

Foruden de individuelle konsultationer, vil vi gerne afprøve om LOM konceptet, og det at samle forældre til børn med Lichen Sklerosus har effekt i forhold til samme målsætning, nemlig større compliance og behandlingsadhærens.

Indenfor vores afdeling er gruppeundervisning som behandlingsform efterfølgende blevet en del af tilbuddet til patienter med Endometriose.

Vi tænker at konceptet kan være til inspiration for andre specialer og hospitaler med målgrupper (kroniske syge) og målsætninger som hos os.

Indstilling 11: Center for Unge med Diabetes

Titel på initiativet:

Center for Unge med Diabetes (CUD)

Ansvarlig leder:

Projektkoordinator Pernille Holm Østergaard, Oversygeplejerske Merete Højfeldt og oversygeplejerske Helle Jakobsen

Afdeling og hospital:

Børne- og Unge ambulatoriet, Sygehus Sønderjylland og Afdelingen for Diabetes, Hormon og Nyresygdomme, Sygehus Sønderjylland

Navn:

Merete Højfeldt

E-mail:

merete.hojfeldt@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 79 97 24 10

Starttidspunkt for initiativet:

2021-08-01

Baggrund for initiativet:

Formålet med initiativet er blevet til for at sikre en glidende overgang for unge patienter med diabetes der tidligere i forbindelse med at fylde 18 år automatisk overgik til "Voksen-ambulatoriet". Man ønskede en overgang, hvor der blev taget hensyn til den unges individuelle behov, udarbejdet en parathedsvurdering og en klar plan for transitionen.

Samtidig ønskede man også i begge afsnit at leve op til nationale anbefalinger og krav i LKT Børnediabetes projektbeskrivelsen.

At sikre tryghed i transitionen har været et vigtigt omdrejningspunkt i hele processen.

Der er nu udviklet et nyt ungetilbud benævnt Center for Unge med Diabetes (CUD). Når den unge patient er vurderet parat til overgang, afsluttes forløbet i Børne-Unge ambulatoriet med en konsultation, hvor patienten er medbestemmende for hvilken "forhistorie" som ønskes viderebragt og som kan sikre, at det nye behandlingssted har større indsigt og forståelse for den enkeltes unges liv, og hvad der er vigtigt for den unge. Dertil tilbydes et dobbelt forløb i CUD, hvor både personale fra Børn og unge samt voksenambulatoriet deltager.

Målgruppen for initiativet er unge diabetes patienter i aldersgruppen 12-18 år, der efter ofte flere år at være fulgt i Børne- og Unge ambulatoriet, nu skal overgå til et nyt og fremtidigt forløb i voksenafdelingen for Diabetes, Hormon og Nyresygdomme. Transitionen har ikke kun indflydelse på

Initiativets nyskabelse:

Med udgangspunkt i Den Syddanske Forbedringsmodel og en forbedringsworkshop blev ovenstående skabt. En workshop der startede med et fokusgruppeinterview med 3 unge diabetespatienter og deres forældre, hvor man ønskede af afdække deres oplevelse af en nyligt overstået transition og hvad der kunne have været gjort anderledes. De samme tre unge diabetespatienter deltog i en del af workshoppen og var derved med til at kvalificere de nye tiltag og gøre dem forståelige og brugbare for målgruppen. De ønskede

også en betegnelse for det at være i transition som var smart og ikke sygeliggjorde de unge. Heraf opstod CUD – Center for Unge med Diabetes.

Teamet bag CUD har været innovative og på forkant, således at de løsninger, der er udviklet nu fungerer som prøvehandlinger i regi af SDCO (Steno Diabetes Center Odense). Den model der er valgt i Sygehus Sønderjylland kommer således til at danne model for de øvrige regionale sygehuses transition på diabetesområdet.

Organisatorisk har man gentænkt konstellationen og plejepersonalet går nu formaliseret på tværs i de to afsnit, dvs. fra pædiatrien til voksenambulatoriet.

Implementering og brug af initiativet:

Initiativet er implementeret i kraft af en uges forbedringsworkshop og fremadrettede møder og workshops med SDCO. LKT-målene for børnediabetes er alle opfyldt 100%. Der er arbejdet med en implementeringsplan over de forskellige indsatser, som man fortløbende holder hinanden op på. LKT-møder fortsatte frem til august 2022, og herefter er afsnit for Børn og unge fortsat med tavlemøder, ligesom der er ½ årlige strategimøder med hhv. SDCO og efterfølgende med de samlede personale i CUD. Dertil holdes gensidig case-sparring og ad hoc møder.

Værdiskabelse:

For den enkelte unge patient og dennes forældre handler hele initiativet meget om tryghed. Ikke at blive "sluppet" før man er klar og altid at vide, hvem man skal henvende sig til.

Der er undervisningsinitiativer i gang med henblik på parathed, ligesom de enkelte parathedskonferencer er med til at afklare, hvad der skal mere fokus på, for at patient og familie føler sig parate, til at tage langt mere egen styring i forhold til diabetes. Det kan handle om, viden om tilskudsordninger, brug af alkohol og ryg, særlige forhold i forbindelse med graviditet, psykologiske aspekter osv.

Initiativet har løst behovet for at blive ledsaget fra et stadie til et andet i forbindelse med kronisk sygdom. At ingen unge med diabetes pludseligt skal stå alene med ansvaret for deres sygdom.

Det medvirker samtidig til, at de unge diabetespatienter ikke kommer i situationer, hvor deres sygdom bliver dårligt passet og compliance bliver dårlig.

Der er ligeledes rettet fokus på de svageste patienter i målgruppen, at de gennem et transitionsforløb styrkes og vejledes ud i voksenlivet med en kronisk sygdom, de også bliver i stand til selv at varetage god og rettidig behandling af.

Overordnet er der stor anerkendelse blandt personalet af initiativet. Alle, der arbejder i CUD har selv været med til at udvikle konceptet og der er en gensidig positiv tilgang til at videreudvikle og finpudse initiativet.

Der arbejdes fortsat meget målrettet på, at hvert speciales personale bygger nyt sammen og nedbryder gamle vaner. Således er alle ansatte i CUD ved at afslutte en ungeambassadøruddannelse, hvor fokus er på de unge patienters behov og ønsker.

Hovedårsagen er den enkelte, at det giver mening. Både for patienten, dennes familie og for personalet.

Dokumentation af initiativets værdi:

Det har længe været efterspurgt, at overgangen fra barn/ung til voksen blev mere formaliseret og målrettet den enkelte. Det ser vi nu med CUD. Der er tydelige rammer i selve initiativet, som personalet selv har været med til at sætte sammen med patienterne på den oprindelige workshop. Rammerne kan løbende justeres og der er mulighed for at gå i dybden med enkelte områder, så man kan se og opleve, at det gør en forskel. Over tid vil det også være muligt konkret at måle bedre tal i forhold til langtidsblodsukre for den enkelte patient, så man på den måde kan se, at det gør en forskel at transitionsperioden er så håndholdt og

målrettet den enkelt som den er. CUD er nu etableret og implementeret i Sygehus Sønderjylland. Målopfølgning på workshopmål efter 365 dage i maj 2022 viser 100% målopfølgning på følgende mål –alle med udgangspunkt i en baseline på 0%: - Andel patienter der har en individuel tilpasset overgangsplan udarbejdet i samarbejde med patienten - Andel patienter der ved afslutning i Børne- og unge ambulatoriet har fået foretaget en parathedsvurdering - Andel fælleskonsultationer, der er afviklet efter en fastlagt struktur og i henhold til patientens individuelle overgangsplan. Efterfølgende udtaler en af de unge diabetespatienter i et interview: ”Det var en rigtig god oplevelse at blive inddraget. Jeg skulle komme og gøre det jeg var bedst til at fortælle om min sygdom diabetes. Det var utroligt fedt at der var nogen der kunne bruge ens mening og erfaring til noget. Der var rift om at høre vores meninger og vi var med til at godkende et skema om parathedsvurdering, det var som at vi godt kunne lære jer noget”.

Mulighed for at sprede initiativet:

Da dette initiativ understøttes af SDCO, der er stort og indflydelsesrigt, er vores muligheder lettet for hurtigere at sprede initiativet. En forhindring for andre tilsvarende afsnit kan være, at de ikke selv har været med til at formulere initiativet. Altså manglende ejerskab. Workshopen blev for vores vedkommende startskuddet og er bl.a. baggrunden for, at vi fik så meget ejerskab og det hele blev så succesfuldt, som vi oplever, det er blevet sammenholdt med den høje grad af brugerinddragelse.

Modellen er umiddelbart overførbart til mange andre områder i sundhedsvæsenet, hvor transition finder sted. Det er i sin vorden i forhold til børn og unge med epilepsi i transition, og samme kan tænkes ind ved kronisk nyre- og hjertesygge børn og unge.

Barrierer:

- Økonomi, da initiativet kræver flere personaleressourcer i det daglige og ved deltagelse i en workshop, da det prioriteredes at tage en stor personalegruppe ud af daglig drift i en hel uge.
- GDPR, da man tilgår EPJ fra to helt adskilte afdelinger
- Fysisk lokation. At eget sygehus og de to aktuelle afsnit er fordelt på flere matrikler kan være en udfordring

Indstilling 12: Virtuel prostataskole

Titel på initiativet:

Virtuel prostataskole (for mænd som skal opereres for prostatakrcft)

Ansvarlig leder:

Klinisk sygeplejespecialist Lise Topholm

Afdeling og hospital:

Urinvejskirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital, OUH

Navn:

Anja Egelund Hansen

E-mail:

anja.egeland@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 24 62 16 56

Starttidspunkt for initiativet:

2022-01-05

Baggrund for initiativet:

I gennem flere år har Urinvejskirurgisk afdeling afholdt prostataskole for patienter, som skal have fjernet deres prostata. Op imod 300 patienter årligt, får foretaget fjernelse af prostata pga. prostatacancer på Urinvejskirurgisk afdeling L, OUH. Tidligere blev prostataskolen afholdt for patienter og pårørende med fysisk fremmøde på OUH. Skolen blev på daværende tidspunkt afholdt 2 gange ugentligt. I forbindelse med Covid-19 pandemien i 2020 blev prostataskolen suspenderet. Patienterne mødte i den periode dårligere forberedte op til operation, de var mere nervøse, og der kom flere telefonopkald til afdelingens sekretærer med spørgsmål. Disse spørgsmål omhandlede alt fra, hvor meget blod der var tilladeligt i urinen, til hvordan de skulle håndtere kateteret, eller hvordan deres efterforløb skulle forløbe. Det blev tydeligt, at patienterne ikke var blevet forberedt suffieient på deres forløb. Dette på trods af, at vi havde erstattet prostataskolen med en præoperativ samtale i ambulatoriet forud for operationen.

På baggrund af ovenstående erfaringer valgte vi, at starte et tilbud om virtuel prostataskole for patienter og pårørende i januar 2022.

Initiativets nyskabelse:

Virtuel prostataskole var på mange måder nyskabende. Størst var ændringen for personalet. De skulle forlige sig med ikke at have den samme føling med de følelser, der skabes i patienter med en cancerdiagnose, der skal undervises i, hvordan tiden efter en stor operation skal forløbe. Det skulle vise sig, at denne følelse i den grad blev gjort til skamme. For patienterne, der jo ikke har oplevet andet tilbud end det virtuelle, var den største udfordring det tekniske. Nogen undrede sig over det manglende sygehusbesøg, men her var hele situationen omkring pandemien med til at skabe en forståelse for, at der måtte nye tiltag til.

Prostataskolen blev oprettet i appen Mit Sygehus, dvs. at alt undervisningsmaterialet er tilgængeligt online. Det kan derfor tilgås af patienterne efter behov i tiden både før og efter operationen. Det har vist sig at være en klar fordel for patienterne at kunne forberede sig inden skolen, men også genbesøge materialet, når de havde behov for det.

Implementering og brug af initiativet:

En testskole for to patienter blev afprøvet, for at se om initiativet kunne fungere. På platformen Mit Sygehus i et eksisterende forløb oprettede vi et link, som patienterne skulle tilgå for at deltage i prostataskole. Der blev udarbejdet patientvejledninger til patienterne i teknisk håndtering, ligesom vi fik support til et prøveopkald inden skolen, så patienterne havde løst evt. tekniske problemer.

To sygeplejersker underviste, en IT-medarbejder deltog for at guide patienterne igennem uforudsete tekniske udfordringer. Efter testskolen blev deltagerene ringet op til et kort interview med henblik på evaluering af skolen og forslag til forbedringer. Efter evaluering fra patienter og sygeplejersker blev det besluttet at indføre tiltaget en gang ugentligt. Efter afholdt skole de første måneder blev der evalueret, afprøvet og forbedret efter behov ud fra PDSA metoden. Fire sygeplejersker fra afdelingens ambulatorium kan varetage skolen. Virtuel prostataskole har nu fungeret et år.

Værdiskabelse:

Patienterne udtrykker stort udbytte af undervisningen, de beretter om større indsigt og dermed tryghed i forløbet, tilfredshed med ikke at skulle tage fri fra arbejde og at spare transporten til OUH. Vi har eksempler med en hørehæmmet patient, hvis høreapparat kunne kobles til hans iPad. Han oplevede at høre meget bedre virtuelt end ved fysisk fremmøde. En anden patient havde svært ved at få fri fra sit arbejde som lastbilschauffør, men fik lavet en aftale med sin arbejdsgiver om at holde ind på en tankstation med god internetdækning. Han deltog på iPad fra sin lastbil (og så fik han vasket lastbilen i vaskehallen samtidig). Begge patienter gav udtryk for stort udbytte. Der kan opstå en god dynamik mellem patienterne på skolen, hvor der både gives gode råd, sjove bemærkninger og en stemning af "vi er i samme båd" – "dette kan vi klare".

Virtuel skole giver også pårørende mulighed for at deltage virtuelt eksempelvis fra deres arbejdsplads, og behøver dermed ikke at tage fri hele dagen fra arbejde.

Personalet i sengeafdelingen, hvor patienterne er indlagt 1 døgn tid, fortæller, at de kan mærke tydeligt forskel på, om en patient har været i virtuel prostataskole eller ej. Patienter, som har deltaget, er mere motiverede for eksempelvis mobilisering, er selv opmærksomme på blærekateterets funktion og fiksering, og bliver dermed hurtigere klar til udskrivelse dagen efter operationen. Personalet oplever mere kompetente patienter, som samtidig udviser større mestring i forhold til deres situation.

Dokumentation af initiativets værdi:

Deltagerne fra de 8-10 første virtuelle prostataskoler blev efter deltagelse ringet op af afdelingens kommunikationsmedarbejder, der gennemførte et kort telefoninterview. Temaerne i interviewene var brug af teknik, informationsniveau forståelse af undervisningen, relations-skabelse med underviseren og pårørende inddragelse. Det ledte til følgende udtalelser fra deltagerne: "Jeg sidder i København. Jeg har ikke behov for at tage til Odense. Det er rarest at sidde derhjemme, at man ikke behøvede at køre ind til hospitalet. Så man kan sidde hjemme i sin stue. Det kan også godt være, at man bliver lidt påvirket af det, man skal igennem, så er det rart, at man kan tage skærmen væk i ti sekunder." (Deltager) "Det er en god ide, at man kan være på begge to (pårørende og patient) og jeg kunne også se, at de andre også havde deres koner med. Når der er to, så er der flere, der hører det samme, hvis der skulle være nogle misforståelser. Jeg synes virkelig hendes (sygeplejersken) måde at fremlægge det på, var kanon. Jeg fik virkelig noget ud af det plus, at vi kunne stille spørgsmål og sådan nogle ting." Det er fedt, at man kan stille nogen spørgsmål og få svar med det samme. Jeg synes, det var rigtig godt." (Deltager) Resultatet af interviewundersøgelsen samles i en rapport, der beskriver afdelingens indsatser vedr. patient/pårørende inddragelse i 2022. Personalet er delagtiggjort i resultatet af rapporten. Personalet fortæller, at patienterne opleves mere trygge end mens skolen var suspenderet. Patienterne er velinformerede og ved, hvad de kan forvente i efterforløbet. Ligeledes oplever afdelingens call-center færre opkald fra den specifikke patientgruppe end under Covid-19.

Mulighed for at sprede initiativet:

Det har vist sig teknisk muligt at håndtere deltagelse for både for personalet og patienter. Hvilket gør det muligt for andre kirurgiske patientgrupper også at få præoperativ information hjemme i vante omgivelser, med den tryghed som kan ligge heri, da informationen godt kan virke overvældende. Især har vi set den gode effekt ift., at patientgruppen er cancerpatienter. De har som ovenstående beskrevet givet udtryk for, at trygheden ved at sidde i egen stue med pårørende i nærheden og muligheden for at slukke skærmen, når man overvældes, er rigtig godt.

Generelt kan initiativet bruges til alle patientgrupper, der har glæde af at mødes i et fælles forum, hvor det ikke er bydende nødvendigt med fysisk fremmøde. Det kunne f.eks. være samtalegrupper for immun suppresserede patienter, patienter der er bosat på tværs af regionen/landet m.m.

Barriere ift. afholdelse af virtuel patientskole er, at der fortsat er en lille del af befolkningen, for hvem teknikken vil være en udfordring. Dette har gjort at enkelte patienter efter eget ønske har modtaget undervisningen pr. telefon eller ved fysisk fremmøde. Der er dog tale om en ganske lille del af de samlede deltagere. For underviser gælder det, at det kan være svært at se kropssprog og mimik hos patienterne, hvilket dog lettes med erfaring.

Indstilling 13: Mit forløb

Titel på initiativet:

Mit forløb

Ansvarlig leder:

Helle Krogshøj Hansen

Afdeling og hospital:

Ortopædkirurgisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital

Navn:

Helle Krogshøj Hansen

E-mail:

helle.krogshoej.hansen@regionh.dk

Telefonnummer:

+45 38 62 22 17

Starttidspunkt for initiativet:

2017-11-01

Baggrund for initiativet:

I "Enhed for knæ- og hofteproteser" på Hvidovre Hospital er der fokus på "Fast track" og optimering af forløb for knæ- og hoftealloplastikpatienter. Vi har opmærksomhed på at forbedre patienttilfredsheden og udvikle plejen til patienter og pårørende, så de føler sig velinformeret og trygge i deres forløb. På baggrund af feedbackmøder med patienter og pårørende, blev der sat fokus på at forbedre informationsmaterialet, fordi det viste sig, at patienterne ikke læste materialet, og at afdelingen modtog en del opkald fra patienterne.

Det er afgørende, at patienterne er velforberedte for bedst muligt at kunne klare forløbene. "Mit Forløb" er en digital platform udviklet på baggrund af et forskningsprojekt, der undersøgte om man kunne uddanne patienter, så deres empowerment blev styrket ifm. "Fast track" behandlingsforløb igennem små animationsfilm.

Resultaterne viste en forbedring af kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Derudover blev patienternes angstscore signifikant lavere efter at have set filmene. Informationsmaterialet i "Mit Forløb" app'en er udviklet i samarbejde med et firma. Vi har derefter undersøgt patienternes oplevelse af informationen før og efter implementeringen af "Mit forløb" og om antallet af opkald er faldet.

Målgruppen for initiativet er patienter, der skal opereres med indsættelse af knæ- eller hoftealloplastik samt deres pårørende.

Initiativets nyskabelse:

Initiativet er nyskabende da det er en helt anden måde vi informerer patienterne på. Inden projektets start blev alle patienterne informeret via skriftligt informationsmateriale, samt et patientseminar hvor patienter og pårørende mødte op til undervisning på hospitalet. Under perioden med Corona var det ikke muligt at afholde patientseminar, men med "Mit Forløb" blev det muligt at patienterne alligevel fik den nødvendige

information uden fysisk fremmøde. Patientseminaret blev afskaffet hvilket gjorde, at patienter og pårørende var fri for et fremmøde på hospitalet og nu i stedet kan de sidde hjemme og få informationerne. Patienterne kan dele deres forløb med de pårørende og de får notifikationer om vigtige ting såsom hvornår de skal faste og tørste fra.

Vi har en del patienter, der ikke læser og forstår det skriftlige informationsmateriale, og de har god gavn af at se de animerede videoer. Vi har også en del uddannelsessøgende som via "Mit Forløb" hurtigt kan komme ind i forløbene på afdelingen.

Med "Mit Forløb" kan vi også se hvilken information patienterne søger mest og herefter tilrette den information vi giver til patienterne.

"Mit Forløb" kan instruere vores patienter i træningsøvelser så de har mulighed for at prøve dem af inden operationen og spare os meget tid på ikke at skulle kopiere en masse pjecer, der ikke altid blev læst.

Implementering og brug af initiativet:

"Mit forløb" har været implementeret og i drift siden 2019 og

Implementeringen har kørt over lang tid, da afsnittet i flere perioder har været lukket ned grundet Corona.

"Mit forløb" er en fast del af vores forløb og tilbydes til alle patienter. Der måles løbende på brugen af "Mit forløb" og tilfredsheden med app'en. Implementeringen er fastholdt grundet dedikationen fra en god arbejdsgruppe og patienternes tilfredshed med "Mit Forløb".

Værdiskabelse:

Patienterne har mulighed for at dele "Mit Forløb" med pårørende, hvilket kan give meget tryghed i deres forløb. Den giver patienter som taler sparsomt dansk muligheden for at kunne forberede sig før operationen, idet en pårørende derhjemme kan hjælpe til med at oversætte. Desuden giver animationsfilmene en forståelse også visuelt for forløbene.

Der er i "Mit Forløb" lavet en symptomguide, som er inddelt i farverne rød, gul og grøn. Farverne indikerer; alt er normalt, kontakt din afdeling, kontakt læge eller lægevagt. Denne skulle gerne guide patienterne i hvornår alt er normalt og forhåbentlig give dem tryghed. Guiden skal også fortælle dem, hvornår de skal være opmærksomme på symptomerne og tage kontakt til afdelingen.

Der findes også en oversigt over oftest stillede spørgsmål. Denne del af "Mit Forløb" blev lavet ud fra de spørgsmål vi oplevede patienterne havde, når de kom til kontrol 2-3 uger efter operationen. Dette giver patienter overblik over de mest stillede spørgsmål.

Afdelingens skriftlige pjecer ligger også tilgængelige i "Mit Forløb", hvor de er delt ind i før- under- og efter din operation.

"Mit Forløb" imødekommer nogle af de nævnte udfordringer og den fritager personalet for mange gentagelser af standardinformationer. På den måde kan vi bedre fordele ressourcerne mellem de patienter som har større behov for hjælp og dem som med støtte fra "Mit Forløb" kan varetage flere ting selv.

Personalet oplevede, at "Mit Forløb" var med til at ensrette de informationer, vi gav til patienterne. Desuden introduceres alle nyansatte til "Mit Forløb" hvilket giver bedre og hurtigere forståelse for patientforløbet, både før og efter indlæggelsen.

Dokumentation af initiativets værdi:

Vi har primært målt på patienternes tilfredshed med "Mit Forløb". Vi måler hver måned tilfredsheden med "Mit Forløb" og her har patienterne mulighed for at skrive kommentarer. Der blev inden implementeringen af "Mit Forløb" lavet en spørgeskemaundersøgelse om hvordan vores patienter helst ville informeres, og den blev lavet igen efter implementeringen af "Mit Forløb". Der kommer til januar 2023 en ny tilfredshedsundersøgelse.

Mulighed for at sprede initiativet:

"Mit Forløb" bygger på et stort bibliotek af animationer. Disse kan enkelt og hurtigt tilpasses så de kan bruges i alle specialer. Desuden kan alt eksisterende skriftligt materiale ligges ind i "Mit Forløb". Det vil være hurtigt at levere nye forløb til mange afdelinger samt ensrette generel information, som der kan være på Hospitalet.

Indstilling 14: IPS –samarbejde

Titel på initiativet:

IPS –samarbejde mellem Lokalpsykiatri Middelfart og Job- og Vækstcenter Middelfart

Ansvarlig leder:

Charlotte Rosenkrantz Josefsen, administrerende sygehusdirektør, Psykiatrien i Region Syddanmark og Jeanette Johansen, Arbejdsmarkedschef, Job- og Vækstcenter Middelfart, Middelfart Kommune

Afdeling og hospital:

Lokalpsykiatri Middelfart og Job-og Vækstcenter Middelfart

Navn:

Ditte Dall

E-mail:

Ditte.Dall@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 21 65 39 59

Starttidspunkt for initiativet:

2020-12-01

Baggrund for initiativet:

Tal fra Sundhed- og Ældreministeriet viser, at kun omkring 26 pct. af voksne med psykiske lidelser er i beskæftigelse til trods for, at langt flertallet gerne vil i arbejde. Til sammenligning er 75 pct. af den voksne befolkning generelt i beskæftigelse (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). Det har store konsekvenser for den enkelte at stå uden for arbejdsmarkedet og i løbet af de senere år er der i stigende grad kommet fokus at arbejde bidrager positivt til psykiatriske patienters personlige recovery og dermed deres oplevelse af at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv – med eller uden symptomer.

Formålet med IPS-samarbejdet mellem Lokalpsykiatri Middelfart og Job- og Vækstcenter Middelfart er at hjælpe de psykiatriske patienter, som står uden for arbejdsmarkedet, men som gerne vil arbejde, med at komme i job eller uddannelse. Det er målet, at minimum 59,5 pct. af de patienter, der er med i IPS kommer i ordinære job eller uddannelse inden for en periode på 18 måneder.

IPS står for Individuelt Planlagt Job med Støtte og er en evidensbaseret metode, hvor grundtanken er, at alle med en psykiatrisk diagnose kan arbejde, hvis det rigtige job og arbejdsmiljø findes.

IPS er et frivilligt tilbud til patienter fra Middelfart Kommune som er i ambulant behandling i Lokalpsykiatri Middelfart og som er tilknyttet Job- og Vækstcenter Middelfart.

Initiativets nyskabelse:

I IPS er den beskæftigelsesrettede indsats integreret i den psykiatriske behandling. Det betyder, patienterne sideløbende med, at de er i behandling i psykiatrien får tilknyttet en kommunal IPS-konsulent, som i tæt samarbejde med patienten og den psykiatriske behandler arbejder på at finde et job eller en uddannelse, der matcher den enkelte patient. I IPS arbejdes der i modsætning til tidligere således ikke på at ændre patienten gennem behandling, træning eller andet før jobsøgningen kan gå i gang, men at finde det

gode match mellem den enkelte patients styrker og erfaringer og job i samfundet sideløbende med at den ambulante behandling finder sted.

Det er et grundlæggende princip i IPS, at indsatsen er baseret på deltagerens ønsker og egne valg, hvilket betyder, at det er patienternes drømme, der er styrende for indsatsen, herunder typen af job, men også ønsker til arbejdstider, geografi, arbejdsmiljø mv. Vejen til job i IPS er i modsætning til den standardiserede beskæftigelsesrettede indsats således ikke nødvendigvis den korteste vej, men den mest holdbare - også på de dage, hvor patienten har symptomer og det kan være svært at komme ud af døren.

Det bemærkes, at hvis en patient, der er med i IPS bliver afsluttet i psykiatrien, så fortsætter indsatsen i kommunalt regi og IPS-konsulenten har mulighed for at få generel råd og vejledning fra behandlerne omkring diagnoser mv.

Implementering og brug af initiativet:

Integrationen af den beskæftigelsesrettede indsats i behandlingen i Lokalpsykiatri Middelfart sker via IPS-konsulenternes tilstedeværelse i psykiatrien. Der er uddannet 4 IPS-konsulenter som hver uge er tilstede i psykiatrien, hvor de har et kontor. IPS-konsulenterne deltager også på dele af behandlingskonferencerne, hvor de patienter, der er med i IPS drøftes med henblik på videndeling og tværfaglig sparring.

Et vigtigt element i implementeringen af IPS er, at IPS-konsulenterne og behandlerne i lokalpsykiatrien er begyndt at se hinanden som kollegaer, der arbejder sammen om et fælles mål. Det gælder også i forhold til de uformelle fællesskabende sociale aktiviteter, der foregår i Lokalpsykiatrien.

På ledelsesniveau afholdes der møder om IPS-samarbejdet min. hver 3. mdr., hvor der gøres status på samarbejdet og evt. udviklingstiltag aftales. Den ledelsesmæssige understøttelse af IPS-samarbejdet vurderes at være afgørende for implementeringen.

Værdiskabelse:

Lulu på 27 år, der er med i IPS "er sindssygt glad for det". Hun er gået fra at være uden job til at arbejde 15 timer om ugen. "Det giver mig troen på mig selv. At jeg faktisk godt kan nogle ting. Og så er det fedt at have kollegaer, der bakker mig op". Lulus IPS-konsulent hedder Anja. "Det, at have Anja, har gjort, at jeg har tiltro til systemet igen. Jeg har altid kunnet ringe til Anja, hvis der er noget, jeg gerne vil snakke om", fortæller Lulu i et interview om hendes oplevelser af IPS-samarbejdet.

Ovenstående citater illustrerer, hvilken værdi IPS har haft for Lulu. Både behandlere i psykiatrien og IPS-konsulenterne modtager løbende lignende positive tilbagemeldinger fra andre patienter, der er med i IPS.

I samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri, Forskningsenheden CORE, gennemføres der løbende deltagertilfredsmålinger blandt de patienter, der er med i IPS, men resultatet af disse foreligger desværre endnu ikke.

I alt 46 patienter fra Middelfart modtager pt. en IPS-indsats, fordi de står uden for arbejdsmarkedet, men har et ønske at komme i job eller uddannelse. 18 af disse er på nuværende tidspunkt kommet i job/uddannelse, hvilket svarer til 39 pct.

Både behandlerne i lokalpsykiatrien og IPS-konsulenterne oplever, at borgerne/patienterne er motiverede for at deltage i IPS.

IPS har styrket det tværsektorielle samarbejde, behandlerne og IPS-konsulenterne er blevet ligeværdige kollegaer, der arbejder sammen med borgerne/patienterne om et fælles mål. Den lettere tilgængelighed

har været et afgørende element i denne proces. En IPS-konsulent udtaler, at IPS-samarbejdet betyder, at borgerne/patienterne udvikler sig mere end både IPS-konsulent og behandler nogensinde havde troet var muligt.

Dokumentation af initiativets værdi:

Der følges løbende tæt op på IPS-samarbejdet på en række forskellige måder. Hver måned indhentes såkaldt aktivitetsdata, hvor det fremgår hvor mange patienter, der modtager en IPS-indsats og hvor mange af disse, der er i job/uddannelse – både aktuelt og siden 1. april 2021, hvor de første patienter fra Middelfart kom med i IPS. Derudover opgør Forskningsenheden CORE den beskæftigelsesrettede effekt af IPS ved at samkøre data med DREAM-data fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) for med sikkerhed at fastslå den beskæftigelsesrettede effekt af IPS. Der foreligger desværre endnu ikke noget data på dette. Den første opgørelse foreligger i løbet af 1. kvartal 2023. Forskningsenheden CORE bidrager som allerede nævnt også med en måling af deltagertilfredsheden med IPS, som desværre heller ikke foreligger endnu. Denne forventes også af foreligge i løbet af 1. kvartal 2023. Fra forskningen i IPS ved vi, at der er en positiv sammenhæng mellem trofastheden overfor IPS som metode og effekten af IPS. Derfor gennemføres der hvert halve år såkaldte IPS-trofasthedsmålinger (fidelity), der er et vigtigt kvalitetsredskab i forbindelse med udvikling af IPS-samarbejdet. Den seneste trofasthedsmåling i Middelfart fandt sted i juni 2022. Her fremgår det, at der opleves en stor interesse for og engagement i forhold til IPS-indsatsen i Middelfart – både i lokalpsykiatrien og Job- og Vækstcentret og der gives stor ros for det indbyrdes samarbejde mellem de to sektorer. Overordnet viser trofasthedsmålingen, at graden af implementeringen af IPS i Middelfart er på et højt niveau set i en dansk kontekst. Opfølgningen på IPS-samarbejdet, herunder de løbende aktivitetsdata, deles med medarbejderne i psykiatrien på teammøder mv. så de løbende er opdaterede på værdien af samarbejdet og kan tage del i fejringen af succeserne. Derudover har været afholdt to tværsektorielle temadage med det formål at styrke IPS-samarbejdet med deltagelse af både medarbejdere og ledere.

Mulighed for at sprede initiativet:

Der er tale om en evidensbaseret manualiseret metode, hvilket gør det muligt at sprede initiativet til andre steder i psykiatrien, hvis det lokale jobcenter kan/vil indgå et samarbejde.

Erfaringerne viser, det er vigtigt indledningsvist at afstemme forventningerne til samarbejdet, således at det er tydeligt for begge sektorer, hvad de hver især kan/vil byde ind med. Det gælder eksempelvis i forhold til den løbende kommunikation mellem behandleren og IPS-konsulenten om konkrete patienter både ift. form, indhold og frekvens.

I forbindelse med en evt. spredning er det vigtigt at være opmærksom på, at det er to stærke og meget forskellige kulturer, der skal samarbejde og der kan være fortællinger om hinanden, som det er vigtigt, der bliver taget hånd om, når de viser sig. For nogle behandlere i psykiatrien kan det være vanskeligt, at skulle begynde at se arbejde eller uddannelse som en vigtig del af den psykiatriske behandling. IPS kræver vedvarende ledelsesmæssig bevågenhed, hvis implementeringen skal lykkes.

Hvis IPS skal lykkes, så skal der være et tæt samarbejde med lokale virksomheder, som skal være villige til at ansætte patienter med en psykisk sygdom på lønnede timer til trods for, at de ofte ikke vil kunne arbejde fuld tid. Erfaringerne fra Middelfart viser, at det ikke er nemt, men at det kan lade sig gøre til gavn for den enkelte såvel som samfundet som helhed.

Indstilling 15: Digital omsorg til fertilitetspatienter

Titel på initiativet:

Digital omsorg til fertilitetspatienter

Ansvarlig leder:

Sygeplejerske Dorte Voss

Afdeling og hospital:

Fertilitetsklinikken på Regionshospitalet Horsens

Navn:

Dorte Voss

E-mail:

dorte.voss@rm.dk

Telefonnummer:

+45 24 92 26 66

Starttidspunkt for initiativet:

2021-03-01

Baggrund for initiativet:

Da vi i Fertilitetsklinikken på Regionshospitalet Horsens i foråret 2021 stod overfor at måtte aflyse informationsmøderne pga. corona, så vi en mulighed for gennem digitalisering at forandre og forbedre patientkommunikationen. Det blev startskuddet til en kæmpe forandring i fertilitetsklinikken i Horsens, hvor vi havde en ambition om at bryde vanetænkningen i håb om at kunne tilbyde en mere patientvenlig og ligeværdig patientkommunikation.

Region Midtjylland havde på det tidspunkt netop givet alle kliniske afdelinger mulighed for at digitalisere patientinformationer gennem app'en Den Digitale Forløbsguide. Derfor undersøgte vi, om de fysiske informationsmøder kunne erstattes af denne app. Det viste sig, at være en oplagt mulighed, men vi fik også øje på, at potentialet var meget større, for det viste sig, at app'en kunne blive et værktøj til radikalt at transformere vores måde at kommunikere med patienterne.

Før vi implementerede app'en var vores patientkommunikation præget af envejs- og massekommunikation (informationsmøder), vi var utilgængelige mellem patienternes fremmøder (lange telefonkøer) og patienterne var lidt uforberedte til fremmøderne. Formålet med indførelsen af app'en blev derfor, at:

- Sikre patientvenlig og ligeværdig kommunikation
- Give information der er skræddersyet patients behandling
- Øge vores tilgængelighed og yde digital omsorg mellem fremmøderne.

Initiativets nyskabelse:

Initiativet er nyskabende fordi:

- Patienterne får et skræddersyet forløb i deres app, som skaber overblik over deres forløb. Gennem tekst og små videoer informeres og guides patienterne igennem alt hvad de skal vide for at komme godt igennem netop deres fertilitetsforløb. Det er nyskabende i forhold til vores nu afskaffede informationsmøder, der ikke var skræddersyet den enkelte og som lå flere måneder inden behandlingens start. Og i forhold til vores gamle hjemmeside med rigtig meget irrelevant information, som patienterne selv skulle finde rundt i.

- Patienter har fået bedre adgang til os gennem en chatfunktion i app'en, som vi besvarer dagligt. Det er nyskabende fordi de før i tiden ofte opgav at komme igennem til os efter at have ventet forgæves i lange telefonkøer i meget afgrænsede telefontider. Nu kan de skrive til os døgnet rundt og får som regel svar samme dag. På den måde kan vi yde digital omsorg mellem fremmøderne og det øger patienternes oplevelse af tilgængelighed og tryghed.
- Indførelsen af initiativet har været båret af entusiasme hos os klinikere. Vi er helt almindelige klinikere, som selv kom på idéen og fik lov at løbe på den. Denne involverende tilgang har medført, at app'en hurtigt blev fuldt implementeret og er nyskabende i forhold til andre IT tiltag, hvor vi klinikere kan opleve, at vi ikke inddrages i idéudviklingen og implementeringen.

Implementering og brug af initiativet:

Vi var en lille gruppe klinikere, der kom på idéen til en mere digital patientinformation og da teknologien kom til vores rådighed gav vores ledelse os frie hænder til at gå med idéen og prøve den af i en prøvehandling. Prøvehandlingen blev en succes og derfor udvidede vi brugen af app'en, så den i dag er fuldt implementeret:

- Der er aktuelt ca. 1.000 aktive patienter i et fertilitetsforløb i Horsens og samtlige af disse patienter er aktive brugere af app'en, dvs. de har downloadet den, oprettet sig og åbnet mindst ét forløb.
- Hovedparten af vores patienter (93%) har skrevet mindst én besked til os via chatfunktionen. Alle klinikkens fire faggrupper svarer dagligt på beskederne og alle har været involveret i lave tekst og videoer.

Vi har valgt at lade app'en være en integreret del af alle arbejdsgange i fertilitetsklinikken og dermed er app'en blevet et lige så vigtigt IT-værktøj i dagligdagen som fx EPJ. Det sikrer fastholdelse af initiativet.

Værdiskabelse:

En spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne viser, at app'en skaber stor værdi for dem:

- 98 % siger, at app'en har skabt overblik over behandlingsforløbet
- 93 % siger, at app'en har skabt tryghed
- 98 % siger, at app'en har fået dem til at føle sig mere velforberedt til et fremmøde i klinikken.

Og nogle af patienternes kommentarerne i spørgeskemaundersøgelsen lyder således:

- "Det er MEGET lettere at have sit forløb i app'en og altid have sine tider i klinikken tilgængelige med tilhørende information om forberedelse og hvad der skal ske ved fremmøde"
- "Synes simpelthen app'en er så god. Især at man kan komme i kontakt med jer på skrift så man ikke skal ringe og vente i kø osv."
- "Dejlig kort og konkret. Videoerne skaber en form for tryghed for mig også specielt fordi det er ansigter man har set før"

Undersøgelsen indikerer, at app'en har sikret en mere patientvenlig og ligeværdig kommunikation. Vi har også opdaget, at kommunikation via chatfunktionen bliver uformel, SMS'agtig og dermed mere i øjenhøjde. Patienterne kan via chatfunktionen let få afklaret deres spørgsmål og derved kan vi yde (digital) omsorg for patienterne også mellem fremmøderne – det giver tryghed.

Patienterne får skræddersyet patientinformation via app'en allerede før vi ser dem og derfor føler patienterne sig hurtigt taget i hånden og informeret frem til første fremmøde møde. Herefter tilpasses de informationer patienterne får det behandlingsforløb patienten gennemgår. Der er eksempelvis en video, der viser patienten, hvordan hun selv skal stikke sig i maveskindet med en medicinkanyle. Det er kun de patienter, der får netop den medicin, der får tildelt denne video og de får endog en påmindelse når de skal starte op på vigtig medicin.

Dokumentation af initiativets værdi:

Det er os klinikere der optræder på videoerne og når vi møder patienterne ved første fremmøde, føler en del patienter, at de allerede kender os fra videoerne. Videoerne har altså allerede skabt en begyndende

relation og ikke mindst et højt videns grundlag hos patienterne. Derved kan vi ved fremmøderne bruge mere tid på det som patienten har brug for at tale om. Tidligere brugte vi meget tid på at tale om de ting vi som klinikere havde brug for at patienten fik at vide. Man kunne få følelsen af, at man blot lirrede en plade af, når man for 8. gang samme dag fortalte om hvordan patienten fx stikker sig med medicinkanyler. Det gør vi ikke længere - til gengæld er det meget tilfredsstillende for os at patienternes grundige forberedelse har skabt tid til at gå ind i de ting patienten er optaget af. Idet at app'en har åbnet op for nye veje har vi klinikere skulle tage nogle nye, modige skridt ud i noget ukendt. Vi har turde gøre det selv om det slet ikke minder om "sådan plejer vi". App'ens værdi dokumenteres kvantitativt gennem statistik for patientens brug af app'en. Eksempelvis kan vi følge med i, om alle får downloadet app'en og hvorvidt de udfører de opgaver vi giver dem via app'en. En opgave kan fx være at læse om komplikationer og risici ved fertilitetsbehandlingen. Kvalitativt dokumenteres værdien gennem vores løbende dialog med patienterne – hver eneste dag hører vi om hvor glade patienterne er blevet for app'en. Og som tidligere nævnt er app'en blevet så integreret en del af vores arbejdsgange, at vi slet ikke kan undvære den længere. Det anser vi som en meget tydelig dokumentation for værdien.

Mulighed for at sprede initiativet:

Vi har på kort tid spredt brugen af app'en, så den nu bruges af alle patienter og i alle dele af vores behandlingsforløb. Vi har derudover spredt brugen af app'en til vores forskningsindsats, så vi ligeledes bruger app'en når vi skal informere patienter om relevante forskningsprojekter. Derudover bruger vi app'en til et nyt tiltag, hvor vi yder fertilitetsrådgivning til borgere uden henvisning. Endelig har vi hjulpet regionens anden fertilitetsklinik i Skive i gang med app'en.

Selve App'en (Den Digitale Forløbsguide) står til rådighed som ramme for patientkommunikation for alle regionens kliniske afdelinger. Og der er allerede mange andre der er kommet i gang med at bruge app'en. Det der gør Fertilitetsklinikken i Horsens til noget særligt, er at vi har valgt at bruge app'en til alle vores patienter. Denne erfaring deler vi gerne med andre og opmuntrer gerne andre afdelinger til at kaste sig ud i at bruge app'en mere end de i forvejen gør i bestræbelserne på at skabe bedre patientinformation og involvering. Fordelen ved app'en er, at den er så nem at arbejde med, så helt almindelige klinkere som os kan kaste sig ud i det.

Indstilling 16: FACT Silkeborg

Titel på initiativet:

FACT Silkeborg

Ansvarlig leder:

Team for ADHD og Rusmiddelpsykiatri i samarbejde med Silkeborg kommune

Afdeling og hospital:

Team for ADHD og Rusmiddelpsykiatri, Region Midt, Psykiatriens Hus Silkeborg

Navn:

Mette Bundgaard Nielsen

E-mail:

mebnel@rm.dk

Telefonnummer:

+45 23 81 89 30

Starttidspunkt for initiativet:

2020-09-23

Baggrund for initiativet:

FACT Silkeborg er udsprunget af klynge samarbejdet ift. at give et bedre tilbud til patienter med sindslidelse og misbrug. Projektet er inspireret af FACT Holland, Flexible Assertive Community Treatment. Patienter med både misbrug og sindslidelse har desværre oplevet at falde mellem systemerne og ikke modtage relevant psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling. I FACT Silkeborg er vi i Inner Whill. Team for ADHD og Rusmiddelpsykiatri 4 sygeplejersker og en psykiater. Fra kommunen 3 Rusmiddelbehandlere, 3 bostøtter og 2 sagsbehandlere fra myndighed. Der ud over er det muligt at indkalde andre relevante samarbejdspartnere. Somatisk afd. praktiserende læge, pårørende eller andre relevante. Til at indgå i vores ugentlige virtuelle sparingsmøder. Hvor vi er pragmatiske i vores tilgang, så vi finder løsninger som passer til den enkelte patient. Vi oplever at vores tilbud giver et bedre integreret og kordineret tilbud til en målgruppe som ofte falder mellem systemerne.

Initiativets nyskabelse:

FACT har fundet indpas i Danmark. I Silkeborg er vi det eneste sted i landet hvor vi arbejder på tværs mellem Region og Kommune for at løse den svære opgave at fastholde patienter med sindslidelse og misbrug i behandling. Vi ved at denne målgruppe er den mest sårbare i Psykiatrien. En målgruppe som fylder i alle statistikker. med højere dødelighed, flere indlæggelser både i psykiatri og skadestuer og desværre også i vores retsvæsen.

Implementering og brug af initiativet:

Region Midt har haft konsulenter fra Holland til at hjælpe os med processen ift implementering. DA vi i Danmark er organiseret i både Region og kommune, fungerer vi ikke som et team organisatorisk. Men vi er forsat ansat i Region og Kommune og mødes virtuelt ugeligt til koordinering af de enkelte sager. Vi har aktuelt 16 patienter som får tilbuddet.

Værdiskabelse:

Patienterne for en bedre kordineret indsats ift. både deres sindslidelse, misbrug, og sociale problemer. Personalet oplever at stå mindre alene med komplekse problemstillinger, som ingen af os kan løse alene. Det har ikke gjort vores arbejde nemmere, men vi får en oplevelse af at løfte sammen.

Dokumentation af initiativets værdi:

Forskere fra Aarhus universitet er igang med at beskrive projektets kvalitet. FACT Silkeborg har vundet smart prisen 22.e

Mulighed for at sprede initiativet:

Det er planen at patienter med dobbelt diagnose skal overgå til Regionen fra 25, I den forbindelse vil vi gerne ud og fortælle vores kollegaer om vores metode og erfaringer.

Indstilling 17: eHospitalet - behandling og rådgivning i eget hjem

Titel på initiativet:

eHospitalet - behandling og rådgivning i eget hjem

Ansvarlig leder:

Hanne Schjøning, chef eHospitalets kliniske funktioner

Afdeling og hospital:

Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland

Navn:

Hanne Schjøning

E-mail:

hsni@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 24 60 58 27

Starttidspunkt for initiativet:

2022-03-01

Baggrund for initiativet:

I Region Sjælland har vi den højeste andel af borgere med kroniske sygdomme, som ofte har flere kroniske sygdomme på én gang. Sammenlignet med de øvrige regioner har vi også usædvanligt mange borgere, der bliver indlagt (unødigt) på sygehuset, ligesom middellevetiden i Region Sjælland er den laveste i Danmark. Målgruppen er borgere, som har behov for sygehusbehandling, men som ikke er mere syge, end at behandlingen kan finde sted på deres egen adresse.

Vi har en klar målsætning om, at borgerne i vores region skal kunne leve et bedre, mindre besværligt og mere aktivt liv med deres sygdom. Det har krævet en ny form for udvidet samarbejde mellem og på tværs af fagligheder og sektorer. Test- og vaccinationsindsatsen fremtvang også et tættere samarbejde mellem region, kommuner, praktiserende læger, sygehuse og Præhospitalet Center. Vi tilbyder behandlingsforløb og sundhedsfaglig rådgivning, der kan passes ind i hverdagen, og som gør det lettere at leve med sygdom.

En væsentlig del af behandlingen skal ud på borgernes egen adresse. I stedet for, at borgerne skal komme til sundhedsvæsenet, skal sundhedsvæsenet i højere grad komme til borgerne. "Sundhed tæt på dig" lyder vores strategi. Målrettet den enkelte borgers individuelle behov. For at behandle alle ens - og modvirke ulighed i sundhed - må vi behandle alle forskelligt.

Initiativets nyskabelse:

Det er fundamentalt nyt, at eHospitalets læger har visitationsretten og behandlingsansvaret. eHospitalet sikrer nye og bedre overgange og balance for patienterne mellem sundhedsvæsenets aktører og sektorer. eHospitalet forbinder, bl.a. via ny udnyttelse af digitale løsninger, primærsektor, kommuner og sygehuse med hinanden og formidler relevant behandling, pleje, forebyggelse og rådgivning. Også ny form for kompetenceudvikling af kommunernes akutfunktioner og paramedicinere.

Vi forebygger hospitalsindlæggelser og muliggør tidlig udskrivelse fra sygehusafdelinger i udvalgte forløb. Det har først til øget patienttilfredshed - reduktion i utilsigtede hændelser og - optimering af kapaciteterne i regionens samlede sundhedstilbud til gavn for både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle.

Implementering og brug af initiativet:

Borger "Anne" (faktisk anonym borger) lider af KOL. Anne monitorerer sine egne værdier, puls, SAT, temperatur - sender data til eHospitalet. Sygeplejersken ser abnorme værdier, ringer til Anne, rådfører sig med eHospitalets læge (uden for egen læges normale åbningstid), elægen sender Mobile Behandlingsenheder/MBE hjem til Anne. MBE-sygeplejerske måler værdier, tager blodprøver og starter omgående den behandling, elægen har ordineret via virtuel stuegang. Anne er glad for at undgå indlæggelse og kunne fejre nytår hjemme.

Værdiskabelse:

"Anne" er blot en ud af mere end 1500 borgere i Region Sjælland, som har modtaget "sygehusbehandling" og rådgivning i eget hjem. Borgere, som under "normale" omstændigheder, uden eHospitalet, ville være indlagt på sygehus. Fordele: Borgerne foretrækker behandling i eget hjem, de kommer sig hurtigere, får ikke hospitalskomplikationer, presset på sygehusene lettes, personalet i kommunerne værdsætter fleksibilitet og faglig sparring mellem elæge og øvrige faggrupper. Anne har aldrig oplevet at blive taget så alvorligt. Måden hun er blevet mødt på, har gjort hende meget bedre i stand til at tackle sin sygdom - siger hun.

Dokumentation af initiativets værdi:

Løbende patienttilfredshedsundersøgelser: Generelt stor tilfredshed! Løbende journalaudit: Faglige vejledninger og instrukser følges. Løbende audit af skriftlig kommunikation over sektorer: Ordination modtages og udføres korrekt. Mere end 1500 borgere i Region Sjælland har modtaget behandling i eget hjem/eHospitalet - som "normalt" ville være indlagt på sygehus.

Mulighed for at sprede initiativet:

Stor og konstant dialog og involvering af alle relevante samarbejdspartnere, inklusive kommuner og øvrige regioner. Vi har desuden arbejdet med PDSA-cirkel - Plan, Do, Study, Act. Vi har undersøgt og implementeret - det der virker godt, har vi opskaleret. Vi er projektorienteret, gerne i samarbejde med kommuner og sygehuse i Region Sjælland - eller andre regioner. Vi kommer gerne. Også markedsføring på konferencer etc. - inklusive den kommende International Forum on Quality & Safety in Healthcare, Copenhagen 2023.

Indstilling 18: PreCareKlinikken

Titel på initiativet:

PreCareKlinikken

Ansvarlig leder:

Mahad Mussa Huniche, Region Sjælland og Rikke Kragh Iversen, Odsherred Kommune

Afdeling og hospital:

Data og udviklingsstøtte, Region Sjælland og Sundhed og Omsorg i Odsherred Kommune

Navn:

Mahad Huniche

E-mail:

mahu@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 51 20 01 87

Starttidspunkt for initiativet:

2018-12-01

Baggrund for initiativet:

Borgere med kroniske lidelser belaster sygehusene ved forværringer af deres tilstand, og bidrager til presset på akutafdelingerne mv., selv om forværringerne i mange tilfælde kan håndteres i eget hjem med den rette støtte.

Herudover har borgerne ofte flere samtidige sygdomme. Specialiseringen på sygehusene har medført et stigende behov for en tværgående koordination for multisyge borgere, således at borgerne oplever et sammenhængende og proaktivt forløb.

Formålet med initiativet og etableringen af PreCareKlinikken er at skabe et sektorneutralt sammenhængende sundhedstilbud, der forbedrer behandlingen af borgere med en eller flere kroniske lidelser, og giver dem og deres pårørende større frihed og tryghed. Samtidig sikrer initiativet, at klinikkens sundhedspersonale oplever en øget faglig meningsfuld hverdag, idet de har mulighed for at tage sig af den enkelte borger fra start til slut frem for at være en del af et "stafet-løb" mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Derudover frigiver løsningen ressourcer til andre formål inden for sundhedsområdet.

I PreCareKlinikkens første leveår var dens tilbud målrettet borgere med kroniske obstruktiv lungesygdom (KOL). Erfaringer fra dette forløb viste, at tilbuddet har generelt potentiale for kronikergrupper samt multisyge og er derfor senere blevet udvidet til at omfatte borgere med hjerterinsufficiens og type 2 diabetes.

Initiativets nyskabelse:

PreCareKlinikkens vision er at skabe et sektorneutralt sundhedsvæsen, der fokuserer på personen i stedet for systemet og bruger data på en ny måde. Det er gjort ved at gå fra en reaktiv til en proaktiv tilgang, hvor forværringer i borgerens tilstand tages i opløbet. Borgerens egne data bringes i spil, så personalet kan gøre rette indsats på rette tid og sted. Der tages dermed udgangspunkt i en tilstandsbaseret tilgang fremfor en

diagnosespecifik tilgang.

Borgeren får hermed en ny rolle og indgår i et aktivt samspil med personalet på baggrund af borgerens egne målninger. Derved går klinikken fra en professionsbaseret sygdomsopfattelse til et borgercentreret fokus.

Kompleksiteten i varetagelsen af opgaven med at behandle kronikere i eget hjem er løst gennem etablering af nye sundhedsfaglige roller som ændrer den traditionelle opgavevaretagelse. Den behandlingsansvarlige læge er blevet elæge der har delegeret en række opgaver til certificerede kommunale sygeplejersker. Sygeplejerskerne varetager en kombination af sygeplejefaglige opgaver af klinisk karakter og vurderinger af behov på baggrund af borgerens øvrige sundhedsmæssige og sociale situation. Dermed sikres en holistisk tilgang.

Der er skabt en klinik, der opfattes som en medspiller, der agerer agilt og let tilgængeligt 24/7 med borgeren som den drivende kraft og som demonstrerer, at sundhedsvæsenet kan vendes på hovedet.

Implementering og brug af initiativet:

Der er etableret en forsøgsklinik, der er forankret i Odsherred Kommune med kommunale sygeplejersker. Der sker løbende inklusion af borgere. Der er på nuværende tidspunkt tilknyttet ca. 210 borgere. Når borgerne bliver inkluderet, får de udleveret en telemedicinsk grundpakke, som bl.a. indeholder forskelligt måleudstyr til måling af centrale tilstandsværdier.

Borgerens tilstandsmålinger tilgår PreCareKlinikken i realtid. Det gør det muligt for klinikens personale at reagere med det samme døgnet rundt, hvis en borgers tilstand ændres. Opleves en forværring afklarer PreCareKlinikken i dialog og samråd med borgeren, hvad der er bedst at gøre i den pågældende situation. Viser det sig, at der er behov for at igangsætte en egentlig behandling kan det ske uden forsinkelser. Det skyldes, at borgeren har fået udskrevet akutmedicin sammen med den ovennævnte grundpakke, når vedkommende tilknyttes klinikken.

Værdiskabelse:

Borgerne giver udtryk for, at PreCareKlinikken imødekommer deres behov på en ny måde, som det etablerede sundhedsvæsen ikke formår. PreCareKlinikken fungerer som en "nærhedsboble", borgeren kan koble sig på, når der er behov for det. Denne forbedrede livskvalitet viser sig både hos borger og pårørende.

En undersøgelse har vist at nærhed og tilgængelighed er "forskellen, der gør en forskel" ikke kun for borgernes trivsel, men også for de kliniske resultater bl.a. i form af færre akut indlæggelser og henvendelser til vagtlæge. Borgernærhed fremhæves som PreCareKlinikken centrale værdi og som forudsætning for at styrke og understøtte borgernes egne ressourcer. Tid, tilgængelighed, tillid, tryghed og troværdighed bliver oplevet af borgeren som værende helt centrale i det PreCareKlinikken kan og gør i samspillet med dem. Det er samtidigt disse værdier borgerne ofte savner i interaktionen med egen læge, hospital og hjemmepleje.

Personalet udtrykker bl.a. at de har fået et langt større meningsfuldt ansvar ved at have ansvar for den samlede behandling. De udtrykker også, at deres arbejdsglæde er højnet. Det skyldes bl.a., at de erfarer, at de gør en forskel for de inkluderede borgere. Personalet oplever også, at der dannes tætte relationer med borgerne. For nogle bliver personalet det netværk, som borgerne ikke har og en erstatning for en evt. mangelfuld relation med egen læge.

Vigtigheden af relationerne mellem personalet og borgerne kom særligt til udtryk under COVID-19, idet

kontakten mellem de to parter var med til at fjerne en del af borgernes utryghed og ensomhed. Borgerne betragtede PreCareKlinikken som et "safehouse" der var i stand til at støtte dem i deres hverdag og håndtere deres sygdom under vanskelige forhold.

Dokumentation af initiativets værdi:

Fra etableringen af PreCareKlinikken er der sket en opsamling af kliniske data i realtid på baggrund af et defineret fællesindhold til brug for udvikling af proces- og effektindikatorer samt opgørelse af projektets resultater med henblik på at kunne drifte klinikken effektivt og sprede løsningen. Der er gennemført tilfredshedsundersøgelser for borgerne og interviews med alle dele af det implicerede sundhedspersonale. Herigennem er de nævnte borgeroplevelser af nærhed, større tryghed og øget frihed samt sundhedspersonalets opfattelse af det meningsfulde arbejde og øget selvstændighed dokumenteret. Udviklingen i borgernes tilstandsmålinger i PreCareKlinikken viser, at det er lykkedes at få bedre styr på deres helbredstilstand, og dermed undgår eller reducerer antallet af tilstandsforværringer og behandlingskrævende situationer. Det giver borgerne øget tryghed og fornyet frihed trods oftest svær kronisk sygdom. Dette kommer også til udtryk ift. et mindsket forbrug af sundhedsydelser bl.a. gennem færre akutte indlæggelser og akutte sengedage. En opgørelse for de KOL-borgere, der været inkluderet i mindst ét år i klinikken viser, at antallet af akutte kontakter på sygehus er faldet med 33 pct., mens antallet af akutte KOL-relaterede kontakter på sygehus er faldet med 41 pct. Tilsvarende ses et fald i transportbehovet og i brugen af praktiserende læger og vagtlæge. En opgørelse viser, at en KOL-borger typisk havde 10 kontakter året inden inklusion i klinikken til egen læge og at dette er faldet til 5 kontakter året efter inklusion. Der er endvidere opnået et betydeligt fald i DRG-forbruget som følge af den reducerede sygehusaktivitet for de inkluderede borgere. Den kommunale hjemmesygepleje oplever endvidere borgere, der i langt højere grad er i stand til at klare deres dagligdag. Til dokumentation af virkningerne på transportområdet er der gennemført en særskilt analyse. Resultaterne offentliggøres på PreCareKlinikkens hjemmeside gennem årsrapporter mv.

Mulighed for at sprede initiativet:

I forbindelse med Region Sjællands budgetaftale for 2021 er det besluttet, at PreCareKlinikkens model skal sættes i drift i regionen. Den startede oprindeligt med borgere fra Odsherred Kommune.

De opnåede resultater i PreCareKlinikken gav grundlag for en dialog med andre kommuner om at afprøve løsningen. Det har ført til, at den virtuelle del af PreCareKlinikkens ydelser er blevet tilbudt borgere med KOL i Holbæk Kommune og Lejre Kommune samt kommunerne omkring Nykøbing Falster Sygehus.

Norge og Holland har også hentet inspiration fra PreCareKlinikken og er i gang med at implementere lignende set-up i et af EU's største transatlantiske innovationsprojekter SMILE.

Ambitionen om at sprede løsningen har været et af projektets succeskriterier. Det gælder tilsvarende ift. at udvide til andre diagnoseområder, hvilket har betydet, at de udviklede kliniske og datamæssige løsninger fra start har været tænkt generiske og dermed lettere at applicere på andre områder.

PreCareKlinikken har gennem sine veldokumenterede resultater ikke blot anvist en løsning på et komplekst problem, men har vist sig at kunne udgøre et missing link i det etablerede sundhedsvæsen, der for første gang nogen sinde dokumenterer at kunne skabe større sammenhæng, kvalitet, arbejdsglæde og effektivitet (Quadruple Aim) på een gang.

Samlet er patientoplevelsen blevet væsentlig forbedret.

Indstilling 19: Aktiviteter som en del af psykiatrisk pleje og behandling

Titel på initiativet:

Aktiviteter som en del af psykiatrisk pleje og behandling.

Ansvarlig leder:

Psykiatrilæden i Psykiatrien i Region Nordjylland.

Afdeling og hospital:

Aktivitetsmedarbejdere og aktiviteter er forankret i hvert psykiatrisk sengeafsnit. Hvert sengeafsnit har således en aktivitetsmedarbejder ansat, og aktiviteterne udføres tværfagligt i sengeafsnittet. Aktivitetsmedarbejderen er tovholder på, igangsætter og strukturerer aktiviteterne, der udmøntes tværfagligt.

Navn:

Malene Vejby Assmann, Sundhedskoordinator i Psykiatrien i Region Nordjylland

E-mail:

mvk@rn.dk

Telefonnummer:

+45 20 44 67 72

Starttidspunkt for initiativet:

2021-01-01

Baggrund for initiativet:

Formålet med aktiviteter og aktivitetsmedarbejdere i Psykiatriens sengeafsnit er flerfoldigt.

Formålet er, at aktiviteter understøtter patientens formål med pleje og behandling.

Aktivitetsmedarbejderen og kontaktpersonen/plejepersonalet har et fælles ansvar for og et samarbejde med patienten om at se sammenhæng mellem valg af aktivitet og psykiske problemer, således at patienten får indsigt i og får hjælp til at anvende aktiviteter som mestring, når den psykiske lidelse udfordrer. Derfor er der et fælles samarbejde om at vurdere og evaluere værdien af aktiviteten i forhold til mål for pleje og behandling.

Aktiviteter har desuden en betydelig rolle i deeskalering og i tvangsforebyggende arbejde. Således er der fokus på at bidrage til nedbringelse af tvang gennem anvendelse af aktivitet. Slutteligt handler det også om sundhed og trivsel (fysisk aktivitet og bevægelse) for patienten.

Målgruppen for initiativet er patienter indlagt på psykiatriske sengeafsnit, såvel i intensivt som åbent afsnit i Region Nordjylland.

Initiativets nyskabelse:

Aktiviteter har i en årrække ikke haft højeste prioritet i plejen og behandlingen, men er nu for alvor igen blevet en del af tilgangen. Aktiviteter er nu en integreret del af tilbud i alle sengeafsnit i Psykiatrien i Region Nordjylland. Aktiviteterne skal understøtte den enkeltes pleje- og behandlingsplan i Psykiatrien, og aktiviteter værdsættes højt. Tværfagligt er der et stort fokus på aktiviteter, og der tilstræbes en tværfaglig

deltagelse omkring aktiviteterne mhp at sikre tværfagligt samarbejde til gavn for patientens pleje og behandling.

Implementering og brug af initiativet:

Hvert enkelt sengeafsnit i Psykiatrien i Region Nordjylland har ansat minimum en aktivitetsmedarbejder. Disse står for at facilitere og tilrettelægge aktiviteter, som passer til målgruppen og de enkelte patienters udfordringer.

Aktiviteterne udmøntes i et tværfagligt samarbejde mellem de forskellige faggrupper, og man bruger hinandens kompetencer til at udvikle aktiviteter sammen med patienterne. Aktiviteter tilrettelægges forskellig på hvert afsnit ud fra det enkeltes afsnits rytme, målgruppe og faciliteter. Det er gennemgående på alle afsnit at der tilbydes aktiviteter som for eksempel kreative aktiviteter, madlavning, fysisk aktivitet, udflugter og aktiviteter i forbindelse med højtider.

Der er samtidig enkelte dage om året, hvor der tilrettelægges større begivenheder, hvor aktivitetsmedarbejdere går sammen på tværs, som for eksempel fælles aktivitets- og samværsdag på tværs af Psykiatriens sengeafsnit.

Værdiskabelse:

Aktivitetsarbejdet tilfører værdi ved at give patienter indsigt i egne ressourcer, få succes, oplevelser samt en inspiration til aktiviteter efter indlæggelse. Samtidig kan aktiviteter være med til at danne relationer på tværs gennem nye bekendtskaber, hvor aktiviteten er det fælles tredje. Aktiviteterne har terapeutisk potentiale, da de kan være med til at dæmpe symptomer, både mens aktiviteten foregår og efterfølgende. Aktiviteter er med til at give en pause fra sygdom og er supplement til den traditionelle behandling. Et nyt ord og indsats, der er kommet frem er "PN-aktivitet", hvor patienterne efterspørger og tilbydes aktivitet, inden de tilbydes PN-medicin. Flere patienter bruger nu aktiviteter i stedet for PN-medicin. Aktiviteter kan have samme effekt. Aktiviteter bliver aktivt brugt i deeskaleringsøjemed, og subjektivt vurderes det, at man i flere tilfælde kan forhindre, at situationen eskalerer og dermed forebygges tvang med aktiviteter. Aktiviteter bliver brugt aktivt som en del af behandlingen. Eksempel: I en lægelig behandlingsplan står specifikt, at patienten en gang om ugen skal spille badminton med aktivitetsmedarbejder samt daglig gå-tur. Endvidere er aktiviteter en fantastisk "setting" for indsamling af observationer vedr. f.eks. funktionsniveau, relations-udfordringer og mestringsniveau mhp at udrede samt tilrettelægge pleje og behandling.

Dokumentation af initiativets værdi:

Der arbejdes med faglig dokumentation af aktiviteterne i den elektroniske patientjournal. Der dokumenteres kvalitativt f.eks. hvordan patienterne har oplevet at deltage i aktiviteter, for eksempel hvordan aktiviteten har bidraget til reduktion af symptomer. Samtidig dokumenteres f.eks. også hvordan aktiviteten har bidraget til socialt samvær, og hvordan patienten oplever det at være social med andre. Et aspekt kan også være, at aktiviteter kan lette relationsdannelse mellem patienter og personale, hvilket kan indgå i vurderingen og dokumentationen. Personalet får muligheden for at observere patienterne i andre kontekster end i f.eks. en monofaglig samtale. Aktiviteter kan aflaste plejepersonalet ved spidsbelastninger, og aktiviteter kan være en motivationsfaktor til, at patienterne står op, deltager i fællesskabet og bryder isolationstendens. Observationerne fra aktiviteten er en del af dokumentationen. Der dokumenteres samtidig, om aktiviteten har haft en længerevarende effekt på symptomreduktion, eller om aktiviteten har været med til at aflede for eksempel stemmehøring, selvmordstanker, selvskade og angst. Der foretages vurderinger af, om aktiviteter har bidraget til øget energiniveau, og hvilken effekt det har på søvn. I forhold til større aktivitets-arrangementer på tværs (vi har indtil videre kun en enkelt erfaring) indsamles såvel kvalitative som kvantitative data på oplevelsesdelen, antal deltagere, personalets deltagelse mv.

Mulighed for at sprede initiativet:

Et element af aktivitetsarbejde, der kan overføres til andre regioners psykiatrier samt andre dele af sundhedsvæsenet er indsatsen med en fælles årlig aktivitets- og samværsdag. Det kræver få ressourcer, og er forholdsvis nemt at planlægge, da man udnytter de faciliteter, der allerede findes i tilknytning til sengeafsnittet eller på matriklen. Aktiviteter kan løfte humøret og skabe motivation for bedring for alle patientgrupper i sundhedsvæsenet, også på somatiske sengeafsnit. Vi forestiller os, at aktiviteter under indlæggelse kan bidrage positivt til flere faktorer efter indlæggelse og lette overgangen til de kommunale instanser og til frivillige tilbud. Vi har erfaring med, at aktiviteter under indlæggelse gør det nemmere for patienterne at vedligeholde og forbedre funktionsniveau efter indlæggelse, samt vedligeholde evnen til socialt samvær.

At skabe en kontinuitet med løbende målrettede og systematiske aktiviteter kræver, at der er en fælles indsats med en tværfaglig opbakning fra personalet og fra den daglige ledelse på et sengeafsnit. Vi har erfaring med, at det tager tid at opbygge et miljø og en kultur, hvor aktiviteter indgår som en fast og tværfaglig anerkendt del af hverdagen. Vi har samtidig erfaring med, at der skal være minimum én medarbejder, der er drivkraften i forhold til aktiviteter, og som faciliterer og tilrettelægger aktiviteter samt understøtter det tværfaglige samspil omkring aktiviteterne. En anden barriere for aktivitet kan være travlhed og manglende tid, men vi oplever til gengæld samtidigt, at når aktiviteterne er en fast del af hverdagen, giver det f.eks. pleje- og behandlerpersonalet mindre travlhed, mere tid til monofaglige arbejdsopgaver og generelt letter stress i et sengeafsnit.

Indstilling 20: Mellemmåltidsværter skaber glæde hos patienterne

Titel på initiativet:

Mellemmåltidsværter skaber glæde hos patienterne

Ansvarlig leder:

Køkkenet i Sygehus Lillebælt, Anna Ydegård og Charlotte Ancker

Afdeling og hospital:

Sygehus Lillebælt køkkenet

Navn:

Charlotte Ancker

E-mail:

Charlotte.ancker@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 30 52 97 12

Starttidspunkt for initiativet:

2018-01-01

Baggrund for initiativet:

baggrunden var at vi fandt ud af at vores hjemmelavede mellemmåltider ikke altid blev serveret for patienterne, en opgave plejen undlod, hvis der var travlt. Vi besluttede os for selv at tage ansvaret, for at aflaste plejen og ikke mindst at have fokus på patientens ernæring. Målgruppen var indlagte patienter. Vi sparede selv timer op til initiativet. I dag serverer køkkenpersonalet alle mellemmåltider til formiddag og eftermiddag alle dage om året på Vejle og Kolding Sygehus på de sengeafdelinger, som vil b enytte sig af løsningen.

Initiativets nyskabelse:

Det er en opgave som hidtil har været varetaget af sygeplejerskerne som er blevet erstattet af et besøg af en som ikke kender patientens historie. Patienterne giver udtryk for at det er rigtig rart med et kort besøg, hvor det ikke drejer sig om sygdom. Det er nyt for køkkenet at drive dette projekt med en ny personalegruppe, da disse runder primært varetages af flexansatte som er i fremmøde i ca 2 timer dagligt. En ny gruppe som krævede ny organisatoriske tiltag i køkkenet, men også en kæmpe glæde for at vi i dag er en meget rummelig arbejdsplads.

Implementering og brug af initiativet:

vi har i køkkenet ved hjælp af driftsoptimeringer selv sparet op til de ca 4,5 stillinger som forbruges på dette initiativ. Det har taget flere år, at få alle sengeafdelinger med på mellemmåltidsrunderne, for pengene skulle skaffes først. I starten blev projektet drevet af ernæringsassistenter, det gav udfordringer at de skulle forlade driften midt i produktionen, så derfor valgte vi at ansætte fleksjobbere. Vi lavede en masse forsøg for at finde den helt rigtige model for mellemmåltidsrunderne. i dag er projektet så godt vel integreret at vi nu har fokus på hvad patienterne godt kan lide af hjemmelavede drikke, frugt og snack og et stort fokus bruges på at pynte vogne og udbuddet til højtider og mærkedage. Fx har de små påskeæg med rundt i dagene omkring påske og vognen som de kører med er påske pyntet i gule farver. Noget som patienterne sætter stor pris på og italesætter.

Værdiskabelse:

Patienterne ser dagligt frem til disse runder, flere går ud til døren for at være klar når vi kommer og andre fortæller at de glædes ved at høre lyden på vognen nærme sig. Vi hører dagligt - mange gange patienternes påskønnelse for at vi kommer på disse daglige besøg med dejlige lækkerier. Patienterne efterlyser deres faste værter, hvis de er fraværende. Værter opnår hurtigt et kendskab til den enkelte patient og derved bedre imødekomme de individuelle ønsker. Vi har fået flere skriftlige roser fra patienter for dette initiativ. Plejepersonalet anerkender dette tiltag og roser vores værter meget. De har et super godt samarbejde, og ikke mindst er det en daglig lettelse for dem, at vi tager denne opgave. . Køkkenpersonalet får en masse dejlig brugbar feedback fra patienterne og ikke mindst er vi glade for at vores produkter nydes og spises.

Dokumentation af initiativets værdi:

Vi har desværre ingen data på værdien, kun en masse tilfredse patienter og plejepersonale. Vi kan se at vores mellemmåltider bliver spist i dag - hvor vi før så at det blev smidt ud. Vi har igennem de sidste mange år haft en reduktion på vores madspild, hvor dette initiativ er medvirkende.

Mulighed for at sprede initiativet:

initiativet kan nemt spredes, det kræver vilje og nytænkning og en aftale om finansiering. Vi fik ikke penge, vi skaffede dem selv, men der vil nok kunne findes penge i en plejenormering, hvis de slipper for denne opgave. Vi kan tilføje at det er et initiativ som vi ikke kan undvære i dag, det er med til at give en høj patientoplevelse.

Indstilling 21: Mennesker med lungesygdom bruger ørerne til at forberede sig på hospitalsbesøg

Titel på initiativet:

Mennesker med lungesygdom bruger ørerne til at forberede sig på hospitalsbesøg

Ansvarlig leder:

Jannie Christina Frølund, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus

Afdeling og hospital:

Lungepakken, Lungeklinikken, Søvnapnø Ambulatoriet, der alle er en del af Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus – Sygehus Lillebælt

Navn:

Jannie Christina Frølund

E-mail:

jannie.christina.frolund@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 79 40 69 49

Starttidspunkt for initiativet:

2022-02-01

Baggrund for initiativet:

Når man skal på hospitalet og undersøges for en alvorlig lungesygdom – såsom kræft, søvnapnø eller KOL – kan det være rart at føle sig forberedt på, hvad der skal ske. Det forsøger Medicinsk Afdeling på Vejle Sygehus at imødekomme gennem forskellige podcasts.

En stor del af den information patienter får, bliver givet skriftligt - både i pjecer, apps og på internettet. I midlertidig har ca. 16. pct. af den voksne danske befolkning svært ved at læse. Vi oplever, at det har stor betydning for både udrednings- og behandlingsforløb, da patienterne har svært ved at træffe beslutninger og følge planerne, hvis de ikke forstår informationen. Det kalder på nye måder at kommunikere med patienterne på.

Initiativets formål er derfor at undersøge, hvorvidt og hvordan podcasts kan være med til at forberede patienten på forløb og behandling samt, hvorvidt det øger patienternes oplevelse af inddragelse og tilfredshed med forløbet.

Initiativet, der omhandler tre podcasts, er rettet mod voksne patienter, der skal udredes for forskellige lungesygdomme, herunder Lungekræft, Kronisk Obstruktiv Lungelidelse og søvnapnø. Der er stor ulighed i sundhed ved lungesygdomme. Nytænkende løsninger, som f.eks. podcast med information, kan være et middel til at øge kvaliteten i udredning og behandling, da vi måske kan nå ud til flere mennesker og derved være med til at reducere den sociale ulighed.

Initiativets nyskabelse:

I dag henter mange mennesker information fra forskellige kilder ud over de skriftlige, såsom radio, TV og streamingtjenester. Podcast-mediet er for de fleste danskere blevet en helt naturlig og let tilgængelig vej til at blive klogere på alverdens emner. Det har den fordel, at man kan lytte til udsendelserne, hvor og når man vil. Men det er endnu ikke en del af informationsmaterialet på sygehuset. Podcasts er en

kommunikationsform, der er i øjenhøjde med patienterne, hvor sproget er direkte og hvor det på en anden måde end den skriftlige kommunikationsform kan bruge metaforer og "billeder".

Patienterne har været med i hele processen – fra idé til virkeliggørelse. De sundhedsprofessionelle kan ofte gætte sig til, hvad patienterne har brug for, men nogle gange gætter de forkert, og patienten kan føle sig misforstået eller uinformeret.

De tre podcasts er lavet på baggrund af empathy-map metoden, der er nyskabende fordi den undersøger hvad patienterne har behov for at høre, frem for hvad de sundhedsprofessionelle har behov for at fortælle. Der foreligger, så vidt vi ved, ikke studier om brugen og effekten af podcasts til patienter. Det er således et område, som ikke tidligere har været forskningsmæssigt belyst og som forventes at have stor indflydelse på patientforløbet.

Implementering og brug af initiativet:

Vi har afholdt et seminar med 16 sundhedsprofessionelle fra afdelingen, hvor vi har drøftet og planlagt implementeringen af podcasts og hvordan de kan komme ud at leve blandt patienterne. På seminariet blev der brainstormet over mulige implementeringstiltag. Derefter indgik deltagerne i gruppediskussioner af de mulige implementeringstiltag ud fra kategorierne; den mest effektive, den mest innovative, den lettest omsættelige og den billigste.

De tre podcasts bliver nu sendt ud med indkaldelsesbrevet. Der er lavet postkort med information om podcastene, som ligger i venteværelserne og som bliver udleveret til alle nye patienter. På bagsiden af relevante foldere er der QR kode til podcasts.

Desuden spørger de sundhedsprofessionelle om patienterne har hørt podcasten. Hvis ikke, opfordres patienterne til at høre dem. Der laves løbende statistik på, hvor mange der hører podcastene og der følges op på dette på de ugentlige tavlemøder. Dette er med til at sikre en fortsat implementering.

Værdiskabelse:

Der er lavet interviews med 16 patienter.

Initiativet med podcasts har tilført stor værdi for patienterne. En patient udtalte, "Jeg hørte den med det samme jeg blev opmærksom på den. Så vidste jeg lidt mere om, hvad der skulle foregå. Jeg følte mig mere rolig og forberedt."

En anden patient sagde, "Den er prikken over i'et. Det var som om alle mine spørgsmål blev besvaret. Dét, at du får information ind via to veje - ved at læse og ved at høre det - det fungerer godt."

De sundhedsprofessionelle gav udtryk for bekymring i forhold til sprogbrug. De ville ikke bekymre patienterne unødigt eller gøre dem bange, ved at bruge vendinger som "mistanke om kræft" og "alvorlig sygdom". Patienterne derimod oplevede det helt anderledes. De ønskede en realistisk og direkte information. Noget de havde manglet og som podcasten gav dem.

Personalet oplever podcasts som værende meget værdifulde. De oplever ofte, at patienterne ikke ved, hvorfor de er henvist og hvad de skal. Ved at informere både skriftligt og via podcasts kan flere måske blive informeret. Hos kræftpakken ser vi ikke mange udeblivelser, men i søvnapnø ambulatoriet ser vi desværre, at patienter udebliver fra konsultation. For at imødegå det, bruger vi podcasten til at italesætte søvnapnø på en måde, hvor det ikke kun handler om snorken, men at det kan få alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser, såfremt det ikke bliver behandlet.

Dokumentation af initiativets værdi:

Initiativet evalueres i et større forskningsprojekt bestående af tre delstudier. I forskningsprojektet undersøges blandt andet patientoplevelser med podcasts, podcasts betydning for oplevelsen af at være forberedt og inddraget og hvor aktive patienterne er i konsultationerne, når de har henholdsvis hørt og ikke hørt podcasten. Det forventes, at patienterne pga. de forløbsafklarende podcasts, vil møde mere velforberedte op til konsultation, stille mere kvalificerede spørgsmål, fremstå mere afklarede, samt være

mindre frustrerede og angste i deres relation med sygeplejerske og læge. Derudover vil podcastene kunne bruges efter konsultationen til at genhøre, hvilket emne der er blevet talt om, samt en mulighed for at patienten kan sende podcasten videre til sine pårørende, i stedet for selv at forsøge at forklare, hvad konsultationen har handlet om. Med podcasts håber vi – på sigt – at kunne forbedre vores patient- og pårørende tilfredshed. Dette både i forhold til den overordnede tilfredshed, oplevelsen af at blive inddraget og informationen. Hver måned følger vi disse data via den løbende Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed (LUP). Økonomisk og ressourcemæssigt synes der også at være potentiale for en mere omkostningseffektiv tilrettelæggelse, hvis både patient og sundhedsprofessionel er forberedt. Enten i form af færre udeblivelser, tidsbesparelse, da gentagelser reduceres eller øget kvalitet i samtalen, samt det at patienterne får bedre forudsætninger for at følge plan for udredning og behandling.

Mulighed for at sprede initiativet:

Problemstillingen med patienter der ikke er forberedt på besøg på hospitalet samt udeblivelser er udfordringer, som forekommer på mange afdelinger. Derfor vil det være oplagt at skalere, sprede og anvende initiativet i både primær- og sekundær sundhedstjeneste.

Informationsmateriale bliver indimellem testet ved patienterne, men det at lave informationsmateriale, f.eks. podcasts ud fra, hvad patienterne har brug for og ikke kun hvad de sundhedsprofessionelle mener de har brug for, er nyskabende. Det kan bruges generelt og ikke kun til podcasts.

Det er de færreste løsninger, der umiddelbart kan spredes uden lokal tilpasning. Derfor har vi valgt at lave podcasts til tre forskellige patientgrupper, så erfaringsgrundlaget er større. Arbejdet med podcast og den efterfølgende justering har samtidig hjulpet os til at fastlægge en arbejdsgang, så udviklingen af nye podcasts til afdelingen kan foregå mere smidigt. Vi er netop ved at finpudse yderligere 11 podcasts.

Udarbejdelsen af podcasts kræver optageudstyr og kompetencer indenfor optagelse og redigering. Det kan læres, men alternativt skal man købe sig til denne del.

Derudover kræver udarbejdelse og implementering af podcasts stor ledelsesmæssig opbakning. Der skal afsættes ressourcer til hele processen. Men ønsker man en målrettet kommunikation – i øjenhøjde med patienterne – er det uden tvivl det hele værd.

Indstilling 22: Trygge palliative overgange fra sygehus til eget hjem

Titel på initiativet:

Trygge palliative overgange fra sygehus til eget hjem

Ansvarlig leder:

Chefsygeplejerske Lone Glistrup

Afdeling og hospital:

Kirurgisk Afdeling, Holbæk Sygehus

Navn:

Lone Glistrup

E-mail:

lgli@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 23 62 61 31

Starttidspunkt for initiativet:

2021-10-01

Baggrund for initiativet:

Formålet med projektet var at iværksætte en palliativ ambulant indsats, som skulle sikre behovsafdækning og systematik i de palliative forløb. En kvalificeret overgang fra sygehus til hjemmet, skulle etableres, dels for at skabe tryghed og forbedre patientsikkerheden og dels for at undgå unødvendige indlæggelser i den sidste del af patientens levetid.

Målgruppen er patienter som er uhelbredelig syge og kun har kort levetid tilbage, herunder også fokus på støtte til pårørende i forløbet.

Initiativets nyskabelse:

Et ambulant tilbud til palliationspatienter er nyskabende, fordi der løbende er behovsafdækning og systematik i arbejdsgangene, som betyder at vi hele tiden fagligt er et skridt foran patienternes behov

Tidligere var oplevelsen, at der ikke blev foretaget den nødvendige behovsafdækning på sygehuset og opfølgning, når patienterne forlod sygehuset for at tage hjem.

Patienten bliver under indlæggelsen sikret i overgangen fra sygehus til eget hjem. Herefter telefonisk- og ambulant kontakt efter behov som betyder, at patienter og pårørende oplever tryghed og minimerer behovet for indlæggelser

Implementering og brug af initiativet:

Siden 1. oktober 2021 har palliationssygeplejerske haft 16 timer om ugen fordelt på 2 dage og lægen har haft 8 timer om ugen fordelt på 2 eftermiddage.

Sygeplejersken har telefonisk kontakt med patienterne og konferere efterfølgende med lægen vedr. justering af medicin og behandling. Patienten kan også ses i ambulatoriet, hvis behov.

Læge og palliationssygeplejerske har også kontakt hvis patienten er indlagt i sengeafsnittet.

Omkring 100 patienter har taget imod tilbuddet og tilbuddet er nu en del af den normale aktivitet i Kirurgisk Afdeling

Værdiskabelse:

Tilbuddet indeholder:

Indledende samtale med afdækning af fysiske, psykiske, psykosociale og eksistentielle behov og en planlægningssamtale.

Konference om lindrende medicinsk og kirurgisk behandling og evt. involvering af specialiseret palliativt team

Telefonisk kontakt ved behov

Ambulant kontakt ved behov

Telefonisk tilgængelighed hele døgnet

Telefonisk kontakt til efterladte 14 dage efter død

Effekten er vurderet på baggrund af udsagn fra patienter og pårørende, som alle udtrykker stor tilfredshed og tryghed ved tilknytning til ambulatoriet

Der er ingen UTH i forbindelse med udskrivelse til hjemmet/hjemmeplejen, hvilket forekom tidligere

Vi har en oplevelse af, at palliationspatienterne har færre indlæggelser i sengeafsnittet

Personalet har oplevet det som en stor kvalitetsforbedring for patienterne, og en arbejdsmæssig lettelse. Det er mærkbart i det daglige arbejde, at der er dedikeret ressourcer til palliationsambulatoriet samt til de indlagte palliationspatienter.

Tidligere kunne personalet opleve dårlig samvittighed, når der ikke var tilstrækkeligt med tid til denne patientgruppe, fordi der ofte forekom livsvigtige opgaver i sengeafsnittet, som måtte prioriteres højere.

Dokumentation af initiativets værdi:

Der bliver ført lister over patienternes status og symptombyrde, hvilket sikrer, at afdelingen ved, hvor indsatsen primært skal ligge

Mulighed for at sprede initiativet:

Da projektet blev igangsat blev der nedsat en regional ERFA-gruppen indenfor basal palliation med deltagelse fra de øvrige kirurgiske afdelinger i Regionen.

Formålet med denne ERFA-gruppe er at inspirere og udveksle initiativer, som kan hjælpe palliationspatienter til en værdig afslutning på livet (Sundhedsstyrelsens anbefalinger 2017) og støtte pårørende i forløbet

Arbejdsgangen og alle de tilbud som er indeholdt i konceptet er egnet til at skalere og sprede.

Indstilling 23: Spor for accelerede patientforløb - zone 4

Titel på initiativet:

Spor for accelerede patientforløb - zone 4

Ansvarlig leder:

Mohamad El-Faramawi og Gitte Sparke

Afdeling og hospital:

Akutafdelingen, Kolding Sygehus

Navn:

Anne Friesgaard

E-mail:

anne.friesgaard.christensen@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 76 36 21 62

Starttidspunkt for initiativet:

2021-11-01

Baggrund for initiativet:

Formålet er at skabe bedre flow i akutafdelingen og sikre kort ventetid for patienterne. Målgruppen: Tidligere lang ventetid for patienter som ikke krævede en seng i Akutafdelingen. Samtidig gav disse patienter anledning til svær overbelægning i Akutafdelingen. De prioriteres ofte sidst da disse patienter var mindst dårlige

Initiativets nyskabelse:

Ved at visitere patienterne til et accelereret spor bemandet af speciallæge sikrer hurtig diagnostik af behandling uden at patienten behøver at få en seng.

Implementering og brug af initiativet:

Vi implementerede initiativet i efteråret 2021 da brændende platform med dårlig trivsel blandt personalet og mange dage med overbelægning. Patienterne sad længe og ventede. Implementerede initiativet efter grundig databearbejdning. medarbejderne er dedikeret til initiativet. 60 procent af plejepersonalerne angiver at initiativet har reduceret arbejdsbelastningen i den del af akutafdelingen med senge. Ca 15 medicinske patienter behandles i sporet dagligt.

Værdiskabelse:

Kortere og mere effektiv patientudredning og behandling, vel at mærke af patienter henvist fra praktiserende læge med henblik på indlæggelse. Kun 10 procent af patienterne set i sporet kræver indlæggelse. Plejepersonalet er meget begejstret for initiativet. Lægerne finder værdi i projektet da kun de rette patienter nu indlægges

Dokumentation af initiativets værdi:

Ugentlige tal for pt håndteret i sporet. Derudover patienttilfredshedsundersøgelse blandt pt håndteret i sporet.

Mulighed for at sprede initiativet:

Det handler om ressourceallokering af de rette kompetencer og en erkendelse af at mange af de patienter som henvises til Akutafdelingen ikke kræver en indlæggelse men en vurdering. En barriere kan være en fikseret tilgang til modtagelse af patienter henvist til akutafdelingen. Samtidig skal det tydelig gøres over for henvisende læge at der ikke er tale om et ekstra oprettet ambulant spor men udelukkende en omvisitering af henviste patienter til indlæggelse som så håndteres på anden vis.

Indstilling 24: Fremskudt Visitations Enhed

Titel på initiativet:

Fremskudt Visitations Enhed

Ansvarlig leder:

Mohamad El-Faramawi og Gitte Sparke

Afdeling og hospital:

Akutafdelingen, Kolding Sygehus

Navn:

Anne Friesgaard

E-mail:

anne.friesgaard.christensen@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 76 36 21 62

Starttidspunkt for initiativet:

Igennem længere tid har vi i Akutafdelingen oplevet at flere patienter kommer til Akutafdelingen, hvor de efter en kort vurdering hjemsendes ofte med lang ventetid på diverse undersøgelser og lang ventetid på transport hjem igen. Patienter som kunne have fået et bedre forløb hjemme, subakut eller ambulant. Vi besluttede os for at se på patientgrundlaget og sammen med præhospitalet prøvede at finde løsninger på problemstillingen, og udviklede den fremskudte visitationsenhed. Målgruppen er primært sårbare ældre borgere, som dårligt tåler indlæggelse i forhold til udvikling af konfusion (delir).

Baggrund for initiativet:

Igennem længere tid har vi i Akutafdelingen oplevet at flere patienter kommer til Akutafdelingen, hvor de efter en kort vurdering hjemsendes ofte med lang ventetid på diverse undersøgelser og lang ventetid på transport hjem igen. Patienter som kunne have fået et bedre forløb hjemme, subakut eller ambulant. Vi besluttede os for at se på patientgrundlaget og sammen med præhospitalet prøvede at finde løsninger på problemstillingen, og udviklede den fremskudte visitationsenhed. Målgruppen er primært sårbare ældre borgere, som dårligt tåler indlæggelse i forhold til udvikling af konfusion (delir).

Initiativets nyskabelse:

Vi har udstyret en brint bil (bæredygtigt) med en særligt uddannet paramediciner og en masse diagnostisk udstyr (UL, blodprøver, EKG) som efter melding fra den akutte medicinske koordinering (AMK) kører ud til patienten. Her vurderes patienten og der tages relevante undersøgelser. Herefter kontaktes speciallægen i Akutafdelingen og der lægges en plan for pt. Skal pt behandles i eget hjem med opfølgende besøg fra kommunen, skal pt ses subakut i vores spor for accelererede patientforløb eller få en ambulant tid i relevant speciale. Vi sikrer på denne måde lægekompetencer i Akutafdelingen OG som sparring ude af huset. Tidligere projekter har primært anvendt læger, der kører ud til patienterne.

Implementering og brug af initiativet:

FVE bilen kører alle hverdage fra 8-18 i indtil videre 6 mdr, hvor vi løbende evaluerer med præhospitalet. Vi evaluerer både på patienttilfredshed og det driftsmæssige med antal af patienter som profiterer af et andet forløb end indlæggelse

Værdiskabelse:

Initiativet skal lette belastningen i Akutafdelingen hvor patienter som ellers kom unødigt i Akutafdelingen får et andet og bedre tilbud. Der er således både gevinst for patient og medarbejder

Dokumentation af initiativets værdi:

Vi trækker løbende tal på driftsmæssige aspekter af initiativet. Derudover opnås data på patienttilfredshed

Mulighed for at sprede initiativet:

Ønskescenariet er at initiativet kunne omfatte de praktiserende læger og kommunerne, som også skulle rekvirere en lignende bil for at få kvalificeret henvisninger til sygehus til gavn for patienten. Barriererne er sektoropdelingen, men tiden er til nytænkning og modighed

Indstilling 25: Fleksible udleveringer af vederlagsfri medicin

Titel på initiativet:

Fleksible udleveringer af vederlagsfri medicin

Ansvarlig leder:

Mia Lolk Lund

Afdeling og hospital:

Sygehusapotek Fyn

Navn:

Mia Lolk Lund

E-mail:

mia.lolk.lund@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 24 59 58 52

Starttidspunkt for initiativet:

2021-11-17

Baggrund for initiativet:

Ifølge "Vælg klogt" anbefalingen for vederlagsfri medicin anbefales det, at undgå at patienter skal møde fysisk op på den behandlende enhed for at hente vederlagsfri medicin, når hverken patient eller behandler ser et behov for fremmøde.

Patientgrupper på Odense Universitetshospital har selv ytret ønske om mere fleksibilitet i forbindelse med afhentning af deres vederlagsfri medicin. Tidligere har patienterne mødt op i afdelingens ambulatorie, med dertilhørende begrænsede åbningstider, ofte blot for at få udleveret medicin. Derfor implementerede Odense Universitetshospital i slutningen af 2021 medicinpakkebokse i forhallen på OUH. Boksene kan indeholde både kølemedicin og medicin, der skal opbevares ved stuetemperatur. De fungerer som de pakkebokse vi kender fra nethandel.

Pakkeboksene er tilgængelige 24/7/365, så udover at give patienterne en øget fleksibilitet, oplever patienterne også, at sygdommen ikke kommer så meget i fokus, når de ikke behøver komme ind på afdelingen for at hente medicin.

Alle patienter, der får udleveret vederlagsfri medicin. Medicinen kan også afhentes af en pårørende.

Initiativets nyskabelse:

For patienterne på OUH er det forholdsvis nyt, at vederlagsfri medicin udleveres fra Sygehusapoteket. Udlevering i medicinpakkebokse er set i andre regioner, men har ikke været praktiseret i Region Syddanmark. Derfor er det en helt ny fleksible service vi tilbyder vores patienter.

Udleveringen er styret fra Sygehusapotek Fyn, der ekspederer lægemidlerne og lægger dem i medicinpakkeboksen, men servicen er gældende for alle OUH's afdelinger.

Implementering og brug af initiativet:

Medicinpakkeboksene er i dag fuldt implementeret og kapaciteten i boksene er tæt på at nå maksimum. Alle rekvisitioner på vederlagsfri medicin som Sygehusapotek Fyn modtager, ekspederes automatisk til boksene, med mindre andet er angivet på rekvisitionen.

Eftersom teknologien er kendt fra hverdagen, har det været en nem overgang. OUH's information ligger i umiddelbar nærhed af medicinpakkeboksene, så det har været nemt at få hjælp.

Værdiskabelse:

Implementeringen af medicinpakkeboksene er blevet evalueret kvalitativt af dels patienter og dels klinisk personale og apotekspersonale.

Patienter:

Størstedelen af patienterne er glade for medicinboksene og den fleksibilitet de medfører. De fleste nævner også at boksene er nemme at betjene. En enkelt fortæller, at han første gang fik hjælp i informationen. En patientbrugergruppe fra en af OUH's kliniske afdelinger ytrer stor begejstring for at medicinpakkeboksene er implementeret. De nævner at de for år tilbage havde efterspurgt en sådan løsning, og at de er taknemmelige for at OUH har efterlevet deres ønske.

Sygeplejersker:

Sygeplejerskerne er generelt glade for medicinboksene. De er nemme at bestille medicin til og det giver stor fleksibilitet for patienterne. En sygeplejerske udtaler:

Jeg synes de er fantastiske. Vi havde nogle gange patienterne i afdelingen, bare for afhentning af medicin.

Medarbejdere fra Sygehusapotek Fyn

Der har været et stort arbejde med at få kvalificeret medicinpakkeboksene, så de lever op til lægemiddelstyrelsens regler. Boksene betjenes via mobiltelefon, og det fungerer fint.

Det er dejligt, at boksene er i et aflukket område. Det giver øget tryghed. Det ville ikke være så rart at stå og fylde dyr medicin i boksene foran en masse mennesker.

Dokumentation af initiativets værdi:

Jf. ovenstående evaluering med patienter og personale, kan vi se, at initiativet har en kvalitativ værdi. Det er svært at kvantificere værdien, men i og med patienterne ikke længere kommer i afdelingen, alene med det formål at hente medicin, frigiver det tid til personalet. Der er fortsat et administrativt arbejde med at udarbejde rekvisitioner, men arbejdet kan systematiseres og udføres på tidspunkter, der er gunstige for personalet. Tidligere kunne patienterne komme, når der var allermest travlt. Nu kan opgaven samles og udføres, når der ikke er så mange patienter i afdelingen.

Mulighed for at sprede initiativet:

Medicinpakkeboksene er allerede vidt udbredt i blandt andet Region Midt. Det er forholdsvis simpelt at skalere initiativet op, således servicen med fleksibel afhentning kan spredes til alle borgere i Region Syddanmark.

Der er umiddelbart ingen barriere for skalering.

Indstilling 26: Jule og Nytårsaftensfrivillige på OUH

Titel på initiativet:

Jule og Nytårsaftensfrivillige på OUH

Ansvarlig leder:

Karina Andersen Jensen

Afdeling og hospital:

Patient- og Pårørendeservice, OUH

Navn:

Karina Jensen

E-mail:

kan@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 30 89 60 78

Starttidspunkt for initiativet:

2021-12-24

Baggrund for initiativet:

Jule- og Nytårsaftensfrivillige er et frivillighedstiltag som tilbyder de indlagte patienter mulighed for lidt afveksling, nærvær og omsorg på en dag og/eller aften som man ellers ville tilbringe med ens nærmeste. Det er et frivillighedstiltag, der også for patienterne er frivilligt at deltage i. Tiltaget er blevet til fordi personalet oplevede en særlig ensomhed og tristhed blandt patienter på disse to aftener.

Formålet med jule- og nytårsaftensfrivillige er at tilbyde de indlagte patienter muligheden for at mødes med de frivillige og fejre jule- og nytårsaften, i et forsøg på at skabe afveksling, nærvær og glæde for de indlagte patienter.

De frivillige juleaften og nytårsaften skal bidrage med nærvær og omsorg, samtidig med at de skal være et samlingspunkt jule- og nytårsaften. I 2021 havde 3 hjertemedicinske afsnit besøg af ialt 6 frivillige. I 2022 har 11 forskellige afsnit takket ja til i alt 36 frivillige.

Initiativets nyskabelse:

De frivillige er solo-frivillige og rekrutteres af OUHs frivillighedskoordinator og Nøgleperson for Frivillighed. De frivillige screenes, matches og klædes på til at være frivillige disse to aftener. Initiativet er nyskabende, fordi man ikke før på disse to aftener har haft frivillige.

Implementering og brug af initiativet:

Indsatsen startede i 2021 som et pilotprojekt, hvor der efterfølgende blev evalueret, både blandt de frivillige og blandt personalet. Derfor er indsatsen blevet rettet til og udvidet til i år.

Værdiskabelse:

De frivillige er et samlingspunkt for patienterne, og giver personalet rum til at passe deres arbejde uden dårlig samvittighed. Personalet beskrev en konstant dårlig samvittighed over ikke at kunne "blive hos den

enkelte patient og hygge", fordi der var en telefon, der skulle tages, medicin der skulle gives eller en anden patient, der blev akut dårlig. De frivillige afholdt bl.a. banko, og lavede quizzer. Der blev også indhentet citater fra patienter og personale: "De var sku rare. De fulgte mig tilbage på stuen. Det var et helt optog. Jeg kørte med rollatoren. Han (den frivillige red.) styrede dropstativet, og datteren (den anden frivillige red.) havde alle mine gaver i favnen. Jeg var glad for, at jeg var her inde. Jeg er jo syg. Min kone havde også en god juleaften med min søn, svigerdatter og børnebørn." - Citat: Patient, indlagt på B3.

"Det giver så meget mening at have besøg af frivillige juleaften, hvor hun (den frivillige, red.) har bidraget med både gode og lange samtaler, godt humør og ikke mindst aktiviteter i form af salmer og bankospil. Det er godt for patienter og pårørende, men jeg må sige, jeg er overrasket over, hvor godt det også er for personalet. Det letter enormt på en eventuel samvittighed at vide, hun har tiden til at blive siddende ved bordet eller gå rundt på stuerne og tale med patienterne." Citat, Anne Bager, Sygeplejerske, Sengeafsnit B1.

Dokumentation af initiativets værdi:

Vi har en tids- og handleplan for projektet for at sikre rettidig opgaveløsning, og fastlagte evalueringer med både frivillige og personale i januar. Det gjorde vi også efter indsatsen i 2021.

Mulighed for at sprede initiativet:

Initiativet har allerede spredt sig - fra 6 frivillige på 3 afsnit på én matrikel i 2021, til 36 frivillige på 11 afsnit på 2 matrikler i 2022. Vi glæder os til at se udviklingen i 2023.

Indstilling 27: Kreativt frirum på Ernæringsenheden

Titel på initiativet:

Kreativt frirum på Ernæringsenheden

Ansvarlig leder:

Karina Jensen (OUH) og Henriette Madsen (Børneulykkesfonden)

Afdeling og hospital:

Ernæringsenheden, Afdeling M, Odense Universitetshospital

Navn:

Karina Jensen

E-mail:

kan@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 30 89 60 78

Starttidspunkt for initiativet:

2022-11-01

Baggrund for initiativet:

Patienterne på Ernæringsenheden på Endokrinologisk Afdeling er voksne med svære spiseforstyrrelser, såsom anoreksi og bulimi. Indsatsen blev igangsat fordi patienterne er svært påvirket af lav vægt og skal i behandlingen generelt holde sig i ro, og især efter indtagelse af måltider. Tankemylder og generelt svære tanker fylder meget, og patienterne har brug for positiv og meningsfuld afledning. "Derfor er kreative sysler et fantastisk tilbud, som jeg er sikker på bliver et rigtigt godt afbræk i hverdagen på afdelingen"; siger Anette Grønborg Larsen, som er sygeplejerske på Ernæringsenheden.

Initiativets nyskabelse:

Det kreative værksted er et samarbejde mellem Ernæringsenheden og Børneulykkesfondens Kreahelte. Kreahelten kommer fast tirsdag og torsdag fra 09.30 til 11.30, og med sig har hun sin faste Kreavogn, der er fyldt med materialer og kreative syslerier, man kan fordybe sig i.

Den kreative proces styrker mod, nysgerrighed og tillid til egne valg og evner og er for mange et frirum, hvor sygdom og negative tanker ikke fylder for en stund. Personalet oplever en større fællesskabsfølelse patienterne imellem og en mere positiv tilgang til fællesområderne, som ellers har været forbundet med negative ting for patienterne, da fællesområderne ellers kun har været forbundet med spisning.

Implementering og brug af initiativet:

Kreahelten kommer fast tirsdag og torsdag fra 09.30 til 11.30, og Kreahelten er ansat i Børneulykkesfonden. Der er et tæt samarbejde mellem Kreahelten og afdelingen, samt mellem afdelingen og Børneulykkesfonden.

Værdiskabelse:

Før havde patienterne en negativ association til opholdsrummet, da det er i opholdsrummet, at alle måltider skal indtages og personalet skal observere patienterne indtage måltiderne. Som svært

spiseforstyrret er det en kæmpe udfordring. Derfor startede personalet egentlig også med at sige, at det kreative værksted ikke skulle være i opholdsrummet, men i et stort mødelokale, fordi ellers mente personalet ikke, at patienterne ville komme. De startede med aktiviteten i mødelokalet, men patienterne har selv efterspurgt at flytte det i opholdsrummet. Personalet oplever en større fællesskabsfølelse og positiv tilknytning til opholdsrummet, som jo også er "spiserummet".

Dokumentation af initiativets værdi:

Indsatsen dokumenteres af Børneulykkesfondens ansatte, samt via møder mellem samarbejdspartnerne: Frivillighedskoordinatoren, ansatte på afdelingen og Børneulykkesfondens Direktør.

Mulighed for at sprede initiativet:

Lignende tiltag kan udvides på andre afdelinger, hvor der er langtidsindlagte, der kunne have brug for adspredelse. Kreaeltene er allerede på Børnehospitalet, BørnePsykiatrien - men man kunne med fordel overveje at udvide det til gynækologisk sengeafsnit, geriatrisk sengeafsnit og lignende. Barrieren er blot at Børneulykkesfonden ikke per se henvender sig til voksne - der er gjort en undtagelse her, fordi de spiseforstyrrede patienter ofte er unge piger, eller voksne kvinder med et meget ungt sind.

Indstilling 28: Vores Fælles Historier - oplæsning for demente

Titel på initiativet:

Vores Fælles Historier - oplæsning for demente

Ansvarlig leder:

Amar Khalil, formand for foreningen

Afdeling og hospital:

Patient- og Pårørendeservice på OUH

Navn:

Amar Khalil

E-mail:

amar0120khalil@hotmail.com

Telefonnummer:

+45 60 19 38 43

Starttidspunkt for initiativet:

2022-06-14

Baggrund for initiativet:

Vores Fælles Historier bestræber sig på at bygge bro mellem den unge og ældre generation, med fokus på at øge ældres livskvalitet, mindske ensomhed samt dele fortællinger på tværs af generationer gennem højtlesning af litteratur. Formålet med Vores Fælles Historier på Geriatrik Sengeafsnit G1 og G2 er at skabe et positivt frirum for de indlagte patienter, som oftest er svært demente. Højtlesning kan for mange virke afstressende og beroligende og sætte minder igang. Målgruppen er alle indlagte patienter på Geriatrik Sengeafsnit G1 og G2.

Initiativets nyskabelse:

Initiativet er nyskabende, fordi det har vist sig, at litteratur øger vores evne til at udvise empati, og det er netop derfor, at Syddansk Universitet i Odense nu har et tværfagligt fag på medicinuddannelsen på andet semester, som hedder Narrativ medicin. Derfor har vi valgt at afprøve om højtlesning for demente på G1 og G2 kan være med til at sænke uroligheden blandt patienter, højne trivslen og kickstarte minder hos svært demente.

Implementering og brug af initiativet:

Initiativet er implementeret via en samarbejdsaftale mellem OUH og Vores Fælles Historier, og de frivillige har en fast kontaktperson på afdelingen. Afdelingen og de frivillige aftaler indbyrdes hvornår de skal komme, og andre praktiske ting.

Værdiskabelse:

Der er flere fortællinger fra frivillige, som har været vidne til at der pludselig "sker noget" blandt tilhørerne efter højtlesningen. Amar Khalil har selv fortalt følgende: "At være vidne til, at en kvinde, der i utryghed gnider enderne af sin jakke uroligt mellem fingrene, spærrer øjnene op under højtlesningen og begynde at snakke om, hvad der gør mest ondt, er et af de mest stolte og rørende øjeblikke i mit liv.

Efter jeg har læst et digt, åbner hun pludselig op og taler om, hvordan hun har det, når hun ikke kan huske noget. Digtet er "Erindringens endeløse sale" fra Pia Tafdrups digtsamling Tjajkovskijs Heste. Og jeg har valgt digtet ud fra dets relevans for mennesker med demens, da det handler om det at glemme. Kvinden fortæller pludselig: "Det er, som om der er lukket et låg for, og det kan være en lille, let ting". Nogle minutter senere tilføjer hun: "Man bliver lidt irriteret på sig selv". Noget andet jeg ofte hører er: "Det kan jeg godt huske, det kan jeg godt huske fra dengang, jeg var barn". Litteraturen formår at vække noget i deltagernes bevidsthed og ligeledes motivere dem til at sætte ord på deres sygdom, som vi ellers ikke ville se ske regelmæssigt.

Dokumentation af initiativets værdi:

Foreningen Vores Fælles Historier står for erfaringsopsamlinger blandt de frivillige, ligesom de ansatte på afdelingen også kommer med feedback på hvordan de oplever patienternes modtagelse af indsatsen.

Mulighed for at sprede initiativet:

Højtlesning for patienter er en indsats, der kan udbredes til mange andre afdelinger, hvor ældre er indlagt i længere tid af gangen. Blandt andet på Hjertemedicinsk Afdeling. Barriererne for spredning lige pt. er at afdelingerne er pressede på ressourcer pt.

Indstilling 29: Tryghedspersoner til personer med demens på sygehus

Titel på initiativet:

Tryghedspersoner til personer med demens på sygehus

Ansvarlig leder:

Karina Jensen

Afdeling og hospital:

Patient og Pårørendeservice

Navn:

Karina Andersen Jensen

E-mail:

kan@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 30 89 60 78

Starttidspunkt for initiativet:

2020-09-01

Baggrund for initiativet:

Det kan være en udfordring for patienter med en demenssygdom eller kognitiv svækkelse at være indlagt på hospitalet eller til ambulant behandling. De kan let blive forvirrede, fordi de befinder sig i nye og ukendte rammer. Derfor er de i en sårbar situation, mens de er indlagte, og det kan være svært og utrygt, hvis de er udfordret på hukommelse, overblik og dømmekraft. Derfor har OUH og Svendborg Sygehus været med i en projekt sammen med Nationalt Videnscenter for Demens, der har handlet om at opkvalificere frivillige tryghedspersoner til at kunne være en beroligende faktor for utrygge patienter. Målgruppen er patienter, der har en demenssygdom eller kognitiv svækkelse, eller blot er utrygge ved at være alene på sygehuset.

Initiativets nyskabelse:

Projektet gennem Nationalt Videnscenter for Demens har lagt op til at der skulle rekrutteres frivillige, til at kunne agere tryghedspersoner. Men OUH havde allerede et godt samarbejde med frivillige gennem både Røde Kors Odense, Røde Kors Svendborg og Ældresagen Odense, hvor de frivillige allerede udførte mange af de "opgaver", der lå i tryghedsperson-projektet. Derfor udvidede vi projektet, således at tryghedspersoner både var at finde på sengeafsnittene (som patientstøtter og hospitalsvenner), men at ambulatorier på Svendborg Sygehus også kunne ringe efter en tryghedsperson, hvis de observerede en patient, der var alene afsted, og som var utryg, rastløs og forvirret. Så kunne de ringe efter en frivillig, som kunne komme og være hos patienten indtil patienten blev afhentet af Flextrafik.

Implementering og brug af initiativet:

Tryghedsperson-projektet har haft en lokal projektleder, som også er demenskonsulent og som har stået for at undervise de frivillige i demens, kognitiv svækkelse og hvordan man kan udøve meningsfuldt samvær med patienter i denne gruppe. Nu er projektet afsluttet, og de frivillige er fortsat forankret under mig, frivillighedskoordinatoren.

Værdiskabelse:

På Svendborg Sygehus især har der været episoder, hvor patienter er blevet væk - de er simpelthen gået fra ambulatoriet, hvor de har ventet på afhentning af Flextrafik. Nogle gange har de forvildet sig udenfor, eller ind på et depot eller et toilet. Årsagen til at dette overhovedet kan ske, er at mange ambulatorier på Svendborg Sygehus ikke har en sekretær-funktion; Svendborg Sygehus er et lille sygehus med mange daghospital-funktioner, og ofte sidder patienterne og venter uden mulighed for at kunne rette henvendelse til personalet, da personalet arbejder med andre patienter. I disse tilfælde har tilkalde-funktionen af en frivillig trykshedsperson været af afgørende betydning, fordi den frivillige har kunnet være med til at berolige patienten og fordrive ventetiden uden at patienten er blevet rastløs og forvirret.

Dokumentation af initiativets værdi:

Projektlederen har løbende dokumenteret hvad både personale og de frivillige har oplevet, og samlet i en afsluttende erfaringsopsamling, som er sendt til Nationalt Videnscenter for Demens. Fremover vil det være mig, som frivillighedskoordinator, der skal erfaringsopsamle og løbende rette til, således at indsatsen er relevant for både patienter og personale.

Mulighed for at sprede initiativet:

Initiativet udbredes til Nyborg Sygehus i starten af 2023. Nyborg Sygehus har mange af de samme udfordringer som Svendborg Sygehus ift. ambulatorier uden sekretær-funktion, og de oplever tit at patienter bliver "væk", fordi de har forvildet sig et forkert sted hen.

Indstilling 30: Kortklubben på B3

Titel på initiativet:

Kortklubben på B3

Ansvarlig leder:

Karina A. Jensen, Frivillighedskoordinator på OUH

Afdeling og hospital:

Patient- og Pårørendeservice, OUH

Navn:

Karina Jensen

E-mail:

kan@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 30 89 60 78

Starttidspunkt for initiativet:

2021-11-13

Baggrund for initiativet:

Initiativet blev igangsat, fordi personalet på den pågældende afdeling observerede en stigning i forbrug af antidepressiver til patienter, der ikke var på antidepressiver ved indlæggelsen. Afdelingen har tit patienter til observation i op til 3 måneder, hvor patienten ikke må forlade afdelingen grundet overvågningsudstyr. Derfor ønskede personalet at kunne tilbyde noget adspredelse via frivillige aktiviteter. Målgruppen er alle patienter indlagt på Hjertemedicinsk Afdeling, sengeafsnit B3.

Initiativets nyskabelse:

De frivillige er rekrutteret direkte af sygehuset, de såkaldte solo-frivillige, og er forankret direkte under frivillighedskoordinatoren. Kortklubben har pt. 10 frivillige, der er i alderen 20-45, og de kommer 3-4 gange om ugen 2 timer af gangen. Kortspillet er udgangspunktet for samværet med patienterne, men de frivillige sidder lige så gerne inde på stuen ved den enkelte patient og snakker, hvis patienten ikke kan eller har lyst til at sidde i opholdsstuen sammen med de andre. Initiativet er nyskabende, fordi det aldrig har været prøvet på OUH før, og vi ser at det skaber et samvær blandt patienterne selv, når de frivillige ikke er der. Der er mere snak og interaktion blandt patienterne i løbet af dagen, når de mødes ved kaffevognen og der er endda blevet overhørt samtaler såsom "Nåååh, Anker (opdigtet patientnavn), skal jeg vinde over dig igen i aften?". De frivillige tager selv vagter i et vagtplanssystem, som vi administrerer.

Implementering og brug af initiativet:

Vi opstartede initiativet i november 2021, og har løbende evalueret og opkvalificeret indsatsen i samarbejde med personalet på afdelingen. Blandt andet har vi aftalt med afdelingen, at de frivillige selv går en runde på stuerne og indbyder til kortspil, fremfor at det er personalet selv der gør det som det var aftalt i starten. Det giver en anden deltagelsesprocent, og skaber en relation mellem de frivillige og patienter. Derudover har vi naturligvis udarbejdet PR-materiale til afdelingen, som de hænger op så både patienter og pårørende kan læse om tilbuddet, ligesom at patienterne får deres morgenmad, frokost og aftensmad serveret på dækkeservietter med information om at "i aften er der kortklub kl. 19.00".

Værdiskabelse:

Initiativet dækker en efterspørgsel efter adspredelse, både fra personalet og patienternes side. Nogle dage kan deltagelsesprocenten være lille, da patienterne kan være rigtig dårlige. Men uanset hvor mange der deltager, kan et par timers kortspil for den enkelte patient være af stor betydning, især på de dage hvor personalet er travlt optagede af de ekstra dårlige patienter. Personalet anerkender de frivillige i høj grad, og er altid rigtig glade for at de kommer. Der er altid gjort klar med kaffe, te, saftvand og småkager. Personalet udtaler, at det hjælper på en eventuel dårlig samvittighed, når man som personale ikke har tid til at sætte sig ned og tage en ekstra snak med en patient, som har brug for det – her kan de frivillige spille en vigtig rolle, og det opleves også som værdifuldt, at der kommer nogle ”udefra”, som kan være et frisk pust for patienterne.

Dokumentation af initiativets værdi:

Vi holder løbende møder med Oversygeplejersken på afdelingen, der ofte har frivillighed på dagsordenen til personalemøder, og som får feedback fra personalet. Den feedback bruger vi naturligvis også til løbende at rette indsatsen til, således at indsatsen både giver mening for patienterne men også personalet i deres hverdag. Der har siden opstarten været en drøftelse af, hvordan vi kan dokumentere mere datamæssigt, at indsatsen giver mening. Det er der forskellige holdninger til om man kan, og derfor afventer vi stadig den mere hardcore dokumentation af indsatsen.

Mulighed for at sprede initiativet:

Initiativet har allerede bredt sig og til januar 2023 starter vi en afløber af Kortklubben, nemlig brætspilsklubben på Hjertemedicinsk Afdeling, Sengeafsnit B1.

Indstilling 31: Udskrivningskoordinationen På Holbæk Sygehus

Titel på initiativet:

Udskrivningskoordinationen På Holbæk Sygehus

Ansvarlig leder:

Hanne Baden Nielsen

Afdeling og hospital:

Akutafdelingen, Holbæk Sygehus

Navn:

Pernille Hyldahl

E-mail:

psaw@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 31 92 43 65

Starttidspunkt for initiativet:

2022-08-01

Baggrund for initiativet:

Formålet med etableringen af en central udskrivningskoordination er, at sikre patienterne en tryk udskrivelse, samt styrke samarbejdet med kommunerne til glæde for borgerne/patienterne.

Velkoordinerede og trygge udskrivelser er en kerneopgave, men også ofte en specialistopgave. Her tænkes på viden om lovgivning, patientrettigheder, tidsfrister etc. Med vores udskrivningskoordination har vi skabt de bedste rammer for skabe gode sektorsammenhænge for patienter.

Initiativet kommer alle patienter til gode og særligt de patienter med komplekse problematikker. Det kommer desuden de pårørende til gode, at de oplever at vi skaber mest mulig tryk i en situation, som kan opleves utryk.

Initiativets nyskabelse:

Udskrivningskoordinationen er nyskabende, da det at tænke udskrivelser som en specialistopgave - og skabe en organisatorisk ramme for det er ny. Det er desuden nyt, at vi har skabt et sted/fysiske rammer, hvor vores kolleger kan føles sig hjemme på lige vilkår med andre fagpersoner rundt omkring patienterne. Koordinationslokalerne giver mulighed for, at sygehusets udskrivningskoordinatorer kan vidensdele - både med hinanden og kollegerne fra kommunerne. Lokalerne giver desuden mulighed for at afholde planmøder med patienterne og kommunerne - også virtuelt, så pårørende, der bor langt borte også kan deltage.

Implementering og brug af initiativet:

Der er blevet indrettet fysiske lokaler til Udskrivningskoordinationen og ansat en daglig, faglig leder. Den faglige leder koordinerer netværket af udskrivningskoordinatorerne fra alle afdelinger. Fx afholdes netværksmøder. Der deles materiale, således at alle har den nyeste viden om lovgivning, tilbud etc. Den faglige leder orienterer sig dagligt om nye patienter og understøtter afdelingerne i planlægningen den gode udskrivelse.

Værdiskabelse:

Patienternes overgang fra kommune til sygehus og fra sygehus og kommune har historisk set været behæftet med risiko for, at ende "imellem to stole." Det har skabt utryghed hos patienterne. Filosofien med Udskrivningskoordinationen er at "sektorovergange" skal forvandles til "sektorsammenhænge". Når en udskrivelse er grundigt forberedt skaber det værdi for patienten og de pårørende, idet det er tryggere og der er større gennemsigtighed ift. aftaler og planer.

For personalet er det tilfredsstillende at få taget godt afsked med patienterne og vide, at de kommer bedst muligt hjem. Det er tilfredsstillende, at vi har prioriteret det tværsektorielle samarbejde og, at personalet på sygehuset har større indblik i kommunernes arbejdsgange og tilbud til borgerne - og vice versa. Til sammen bliver vi klogere for patienternes skyld.

Dokumentation af initiativets værdi:

Patienternes overgang fra kommune til sygehus og fra sygehus og kommune har historisk set været behæftet med risiko for, at ende "imellem to stole." Det har skabt utryghed hos patienterne. Filosofien med Udskrivningskoordinationen er at "sektorovergange" skal forvandles til "sektorsammenhænge". Når en udskrivelse er grundigt forberedt skaber det værdi for patienten og de pårørende, idet det er tryggere og der er større gennemsigtighed ift. aftaler og planer.

For personalet er det tilfredsstillende at få taget godt afsked med patienterne og vide, at de kommer bedst muligt hjem. Det er tilfredsstillende, at vi har prioriteret det tværsektorielle samarbejde og, at personalet på sygehuset har større indblik i kommunernes arbejdsgange og tilbud til borgerne - og vice versa. Til sammen bliver vi klogere for patienternes skyld.

Mulighed for at sprede initiativet:

Ved at tage beslutningen om, at prioritere sektorsammenhænge kan alle sygehuse skabe deres egen Udskrivningskoordination. Det kræver lokaler og faciliteter, der kan huse afdelingen. Det kræver en vilje fra de samarbejdende kommune til, at være en del af afdelingen i størst mulig omfang. En faglig leder af Udskrivningskoordinationen sikrer fastholdelse af fokus og udviklingen af feltet.

Indstilling 32: Fusionsklinikken

Titel på initiativet:

Fusionsklinikken

Ansvarlig leder:

Steno Diabetes Center Sjælland, Region Sjælland

Afdeling og hospital:

Psykiatrien Slagelse / Steno Diabetes Center Sjælland

Navn:

Mette Wallbohm Olsen

E-mail:

meolsen@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 56 67 03 98

Starttidspunkt for initiativet:

2020-01-01

Baggrund for initiativet:

For patienter med samtidig somatisk og psykiatrisk lidelse er det ofte udfordrende at have kontakt til og navigere i flere behandlingssystemer.

Formålet med Fusionsklinikken er at give et samlet og individualiseret behandlingstilbud til patienter med svær psykisk sygdom og samtidig diabetes. Et tilbud der rækker på tværs af systemer der ofte er opdelt.

Patienter med psykisk sygdom har en højere forekomst af diabetes end baggrundsbefolkningen, og patientgruppen dør tidligere end personer, der alene har diabetes. Patienter med begge sygdomme får i højere grad diabeteskomplikationer, har forringet oplevet livskvalitet og tager mindre imod screeningstilbud og patientuddannelse.

Som følge af ovenstående er der behov for et mere målrettet tilbud til denne patientgruppe, der tager højde for både psykisk sygdom og diabetes.

Initiativet er målrettet patienter med svær psykisk sygdom og samtidig diabetes - med eller uden komplikationer. Patienterne rekrutteres via henvisning fra distriktpsychiatrien i Slagelse, Ringsted, Sorø, Holbæk, Odsherred og Kalundborg, fra de psykiatriske behandlingsafdelinger samt endokrinologisk ambulatorium på Slagelse Sygehus. Herudover kan patienter visiteres via almen praksis.

Initiativets nyskabelse:

Ifølge vores viden findes der ikke tilsvarende klinikker i eller uden for Danmark. Initiativet er ligeledes nyskabende ved at anvende F-ACT (Flexible Assertive Community Treatment) modellen til patienter, der har samtidige psykiske og somatiske problemstillinger. F-ACT er tidligere alene anvendt inden for psykiatrien.

I Fusionsklinikken løser vi med strukturerede metoder og værktøjer komplekse problemer, ligesom vi går på

tværs af specialer og sektorer. Som beskrevet nedenfor med høj patienttilfredshed og indikationer på, at der er færre somatiske og psykiatriske indlæggelsesdage.

Grundet innovationen i Fusionsklinikken har der været besøgende fra andre regioner i Danmark, lige som besøgende fra Frankrig, Japan og Tyskland har vist interesse for Fusionsklinikken koncept.

Implementering og brug af initiativet:

Fusionsklinikken har efter pilotfasen (2020-2021) ca. 80 patienter tilknyttet – og en patientgennemgang svarende til 110 patienter. Det er ambitionen at være oppe på 200 patienter ved fuld indfasning (slut 2023). Fusionsklinikken er finansieret frem til 2027.

Fusionsklinikken er bemandet med en leder, speciallæger, sygeplejersker med hhv. psykiatrisk- og diabetesbaggrund, diætist, socialrådgiver, fodterapeut og sekretær. Fusionsklinikken har et case load, der svarer til lignende enheder, der behandler patienter alene med psykisk sygdom.

Værdiskabelse:

Patienterne tilbagerapporterer via interviews, at klinikken giver ro og tryghed ved at hele behandlingen er samlet et sted. Endvidere, at det grundet behandlingsmetoden opleves særligt betryggende med flere medarbejdere, der kender deres komplekse situation og individuelle behov at der ikke er løftede pegefingre, og endelig, at det i kraft af klinikkenes tætte opfølgning og involvering i patientens sygdomsforløb, også opleves, at det er nemmere at få hjælp fra kommune og hjemmepleje. Data fra klinikken viser høj medicincompliance med 87% af patienterne, der tager deres medicin. Til sammenligning ligger medicincompliance ofte på 65% for samme gruppe. Den høje medicincompliance har positiv indvirkning på klinisk outcome og selvrapporteret sundhed. Der udarbejdes tværsektorielle Koordinerede Indsats Planer (KIP) for alle patienter og afholder min. ét KIP-møde med patienten årligt. Dette i kombination med en opsøgende tilgang - primært i patientens eget hjem - tilfører værdi for patient og personale.

I pilotfasen er det dokumenteret, at personalet finder stor mening og faglighed med arbejdet i klinikken. Det er derfor løbende blevet nemmere at rekruttere personale til Fusionsklinikken. Personalet siger: Patientgruppen ville ellers falde ud af systemet og dette gør arbejdet meningsfyldt. Komplikationer opdages og behandles, hvilket mange af patienterne ikke fik gjort tidligere.

Dokumentation af initiativets værdi:

Der måles på indlæggelsesdage i somatik og psykiatri. Pilotfasens resultater indikerer, at antal somatiske og psykiatriske indlæggelsesdage er faldende. Følgende psykiatriske kvalitetsindikatorer er realiserede: Alle patienter har en behandlingsplan efter 3. ambulante besøg (ikke RKKP indikator, men fastsat kvalitetsmål i psykiatrien. Målsætning: mindst 80 %). Alle patienter bliver undersøgt for selvmordsrisiko i forbindelse med 1. ambulante besøg ifm. udarbejdelse af AOP (Anamnese, Objektivt, Plan) (RKKP mindst 95%). Alle patienter får uagtet deres selvmordsrisikoniveau udarbejdet en kriseplan – ligesom de får udarbejdet en forhåndstilkendegivelse (en plan for hvorledes tvang undgås ved indlæggelse). Alle patienter, hvor der er relevant, får en Hamilton vurdering, så personale og læge kan følge depressionsudviklingen hos patienten. Alle patienter får lavet en UKU/_bivirkningsscreening ved opstart eller op-titrering af farmakologisk behandling. Følgende diabetes kvalitetsindikatorer er realiserede: Alle patienter har fået målt deres HbA1c årligt. 62% af patienterne opnår forbedring i HbA1c. 35% har en HbA1c ≥ 70 mmHg. 30% har en HbA1c ≤ 53 mmHg. Alle patienter har fået målt blodtryk årligt. 77% har fået målt urin-alb/kreatinin. Alle patienter har fået målt deres LDL-kolesterol. 70% har LDL $\leq 2,5$ mmol/l. 44% har fået foretaget fodscreening. 40 % har fået foretaget øjenscreening. Herudover foretages der løbende kvalitative interviews med patienter og ansatte, ligesom en række forskningsprojekter er tilknyttet Fusionsklinikken.

Mulighed for at sprede initiativet:

Arbejdet i Fusionsklinikken har allerede afstedkommet en række erfaringer, der kan anvendes andre steder i det danske sundhedsvæsen. Der er som tidligere nævnt stor interesse for klinikken fra ind- og udland og optageområdet for Fusionsklinikken er udvidet flere gange i Region Sjælland for at tilbyde det til flest patienter.

Erfaringer med at arbejde på tværs af psykiatri og somatik. Elementer af Fusionsklinikken kan spredes til andre regioner og erfaringerne kan ligeledes anvendes til personer med psykiatriske lidelser og andre samtidige somatiske sygdomme.

Anvendelse af F-ACT modellen inden for somatikken. Steno Diabetes Center Sjælland er i gang med at afprøve triagering af personer med diabetes i et diabetesambulatorium i regionen. De første erfaringer peger på, at en tilpasset F-ACT model kan anvendes i somatikken, og giver en bedre og mere differentieret behandling.

Fusionsklinikken er en relativ stor organisation og det vil ikke give mening utilpasset at overføre. Til gengæld vil der være elementer i fx metode, samarbejde og mødet med patienten, der vil være overførbart til andre settings.

Indstilling 33: Børnerum med distraktion og fantasirejse

Titel på initiativet:

Børnerum med distraktion og fantasirejse

Ansvarlig leder:

Bioanalytiker Miaamalie Sandgreen Jensen og Chefbioanalytiker Anne Haahr Ibsen

Afdeling og hospital:

Klinisk Biokemisk Afdeling på Holbæk Sygehus

Navn:

Anne Haahr Ibsen

E-mail:

anib@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 59 48 44 01

Starttidspunkt for initiativet:

2021-12-01

Baggrund for initiativet:

Det er et velkendt vilkår, at blodprøvetagning på børn er en mere ressourcekrævende disciplin end på den voksne patient. Proceduren stiller høje krav til bioanalytikerens kommunikationsegenskaber og går ofte hen og bliver et spørgsmål om lige så vel faglige som personlige kompetencer. I blodprøvesituationen spiller mange faktorer ind på, om proceduren bliver en succes udover den indlysende kvalitetssikring af prøvematerialet. Formålet med at udvikle dette børnerum var at skabe et sted der hjælper til en bedre patientoplevelse for både barn og forældre. Rummet kan medvirke til at flytte fokus fra proceduren til fantasirejsen, og lægger op til naturlig kommunikation og fortælling. Målgruppen er primært børn og forældre som kommer til blodprøvetagning, men kan også anvendes til andre patienter, fx psykisk udfordrede eller demente.

Initiativets nyskabelse:

Det er svært at beskrive vores rum, det skal opleves for at opnå en fyldestgørende beskrivelse. Det nyskabende i dette rum er at det er hele rummet der er i brug (vægge og lofter), og at der er interaktive elementer i rummet (lys og dybde). Kombinationen af kunst og lys giver en særlig effekt og et særligt indtryk på børn og forældre når de træder ind i rummet. Ideen til rummet startede med en mavefornemmelse hos bioanalytikeren på gulvet. Den førte hende videre til et ønske om at kunne gøre oplevelsen bedre for barnet.

Implementering og brug af initiativet:

Brainstorming førte til et forslag til indretning af et børnerum med distraktion. Der blev taget kontakt til lokal kunster, og der blev søgt midler til udførelse af projektet. I løbet af få måneder var rummet klar til brug. Rummet indeholder ud over distraktion til større børn også distraktion til helt små børn i form af et stor uro med prismen og figurer. Rummet har den egenskab at det i sig selv skaber distraktionen uden involvering fra personalet side. Man kan som personale vælge at interagere med rummet, og sammen med

barn og forældre udforske og udfolde fantasirejsen. Rummet bruges dagligt af bioanalytikere som arbejder i blodprøvetagningsambulatoriet på sygehuset. Der kommer 1500 børn om året til prøvetagning.

Værdiskabelse:

Med rummet flyttes ansvaret for distraktionen fra forældrene til rummet. Dette skaber en tryghed for både forældre og barn og flytter fokus fra blodprøvetagningen til en oplevelse/fantasirejse. Med børnerummet har vi nu et værktøj som kan bruges til distraktion og kommunikation. Personalet anerkendelse af børnerummet opleves ved at det bruges til prøvetagninger på børn. Ligeledes kan personalet opnå et øget fokus på kvaliteten af blodprøvetagningen ved at barnet er distraheret.

Dokumentation af initiativets værdi:

Der gennemføres snarligt en kvalitativ undersøgelse med interview af forældre og børn. Undersøgelse vil have fokus på netop værdiskabelsen ved oplevelsen i børnerummet. Andre sygehuse viser stor interesse for børnerummet og udtrykker ønske om at få et lignende rum. Nogle er allerede i gang.

Mulighed for at sprede initiativet:

Initiativet er spredt gennem netværk og forespørgsler fra andre sygehuse og medier og har bl.a. resulteret i forskellige artikler og oplæg. Fx. artikel i fagbladet dbio (Danske Bioanalytikere), fagbladet Klinisk Biokemi i Norden samt oplæg for LSB (Laboratoriemedicinsk Selskab for Bioanalytikere). Næste oplæg holdes for sygeplejestuderende i Holbæk.

Indstilling 34: Tværfaglig rehabilitering i øget tidsrum til apopleksipatienter

Titel på initiativet:

Tværfaglig rehabilitering i øget tidsrum til apopleksipatienter

Ansvarlig leder:

Stine Høvedskov Rasmussen og Marian Tronhjem

Afdeling og hospital:

Holbæk sygehus apopleksiafsnit 03-3

Navn:

Stine Høvedskov Rasmussen

E-mail:

stini@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 24 92 22 03

Starttidspunkt for initiativet:

2022-02-01

Baggrund for initiativet:

På Holbæk Sygehus har der gennem flere år været en intention om, at gøre apopleksiafsnittet til et fyrtårn, hvor der ydes patientforløb af høj kvalitet. Herunder er der ønske om at styrke den rehabiliterende tilgang i patientforløbet hele døgnet. Der har gennem længere tid været øget patienttilførsel i apopleksiafsnittet samtidig med, at der har været udfordringer med at rekruttere plejepersonale. På denne baggrund er det besluttet at ændre organisering af faggrupper og ledelse på apopleksiafsnittet. Formålet er at skabe de bedst mulige forudsætninger for rehabilitering under indlæggelse for patienter med apopleksi i fase II. Indsatsen har bestået af følgende initiativer:

1. Ændring i fremmødeprofilen
2. Etablering af lederteam, herunder ansættelse af 0,5 afdelingsterapeut til udvidelse af eksisterende lederteam
3. Implementering af tværfaglige behandlerteams
4. Udvikling af faglige kompetencer og viden på tværs af faggrupper
5. Udvikle fælles sigtelinjer

Initiativets nyskabelse:

På baggrund af udfordringerne med at rekruttere sygeplejersker blev der kikket på innovative løsninger for at nytænke organisering af faggrupper igennem at kompetenceudvikle herunder terapeuter og social- og sundheds assistenter til gavn for apopleksipatienter i fase 2.

Implementering og brug af initiativet:

Initiativet blev skudt i gang den 1/2 22 understøttet af ekstern konsulent via arbejdsmiljøpakke fra regionen, hvor emnet var fælles retning og samarbejde i en ny kultur bestående af tværprofessionelle samarbejde mellem terapeuter og plejepersonale i nye rammer. Initiativet har haft betydning på alle niveauer herunder ledelsesmæssigt, medarbejder niveau og på patient og pårørende niveau. De er

udarbejdet sigtelinjer til fælles forståelse og for fælles retning som skal sætter kurs i det samarbejde og den daglige drift. Der fastsættes sigtelinjer på tre niveauer:

1. Patienten
Patienten understøttes til at inddrage egne ressourcer i basale aktiviteter i størst muligt omfang effektivt, sikkert og med værdighed
2. Pårørende
Pårørende tilbydes inddragelse i den rehabiliterende tilgang
3. Personale
Alle arbejder alle mod et tværfagligt rehabiliteringsmål for patienten og har kompetencer til at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang hele døgnet.

Værdiskabelse:

Det har givet værdi på organisatorisk og medarbejder niveau hvor vi har skabt en afdeling med fuld bemanning og de rette kompetencer til at drive afsnittet. Patienter og pårørende møder et kompetent personale der brænder for fagområdet og for at yde en særlig indsats. Medarbejderne har opnået en øget kompetence og nysgerrighed for udvikling i forhold til patienter og pårørende. Igennem kvalitative interviews er indsatsen evalueret med personalet med positive resultater omkring et værdifuldt samarbejde på tværs af faggrupperne. Der er fundet stor værdi og accept i hinandens forskelligheder i det enkelte patientforløb.

Dokumentation af initiativets værdi:

Som led i processen vil der i det nye være en ny interviewrunde med kvalitativt fokus mod personalet. Der arbejdes fortsat med undersøgelse af kvantitative data i forhold til initiativets betydning for patienter og pårørende.

Mulighed for at sprede initiativet:

Vi ønsker at synliggøre hvordan man igennem innovative tiltag kan øge både tilbud til patienterne men også arbejdsglæde gennem øget kompetencer. Initiativet har vist at ved at bruge hinandens kompetencer og tænke "vi orienteret" er det lykkedes at højne faglighed, skabe bedre social kapital og alt dette med patienten i centrum.

Indstilling 35: Mad er også medicin

Titel på initiativet:

Mad er også medicin

Ansvarlig leder:

Ulla Høegh Andersen

Afdeling og hospital:

Patientkøkkenet

Navn:

Ulla Høegh Andersen

E-mail:

ullander@rm.dk

Telefonnummer:

+45 78 42 35 81

Starttidspunkt for initiativet:

2020-03-01

Baggrund for initiativet:

Mad er også medicin, og derfor udbredte Patientkøkkenet konceptet med a la carte bestilling af småretter til småtspisende patienter til alle hospitalets sengeafsnit.

Udvidelsen af konceptet sker i anledning af den første nationale ernæringsuge i uge 44. Hidtil har konceptet været i brug på HjerTEafdeling, Mave-tarmkirurgisk sengeafsnit, Intensiv og Medicinsk sengeafsnit.

Vi har oplevet at flere og flere patienter bliver småt spisende og som et led i forebyggelse af underernæring har vi kørt et pilotprojekt på 2 kirurgiske afdelinger, hvor patienterne tilbydes små lette retter. I første omgang havde vi 16 små retter som patienterne kunne tilbydes. Retterne kunne bestilles fra 7.30 om morgenen til kl. 17.30 om aftenen. Når afdelingen bestiller retten i Patientkøkkenet går der 15 min til patienten har fået leveret retten.

Initiativets nyskabelse:

Fra uge 44 2021 fik alle sengeafsnit på RH Randers mulighed for at ringe og bestille en række småretter til småtspisende patienter uden for de almindelige spisetider. Der kom plakater og små laminerede menukort, med billeder af retterne, ud på alle hospitalets sengeafsnit. Plakaten skal minde personalet om tilbuddet, og i det lille menukort kan de småtspisende patienter se billeder af de kolde og varme retter, som personalet kan bestille i Patientkøkkenets åbningstid fra kl. 7.30 til 17.30, alle ugens dage. Det der er på billedet, er det som patienten får leveret. Konceptet kan være et ekstra tilbud til patienten, så de bedre kan få dækket deres energibehov, hvis sulten melder sig uden for de normale spisetider. Mange småtspisende patienter er ofte for kvalmede og har dårlig appetit. Energi- og proteinindholdet i hver ret er beskrevet på menukortet, så det er nemt for personalet at kostregistrere. Alle retter har et højt indhold af protein og energi. I prøveperioden er der blevet justeret i retterne på menukortet, alt efter hvad patienterne ønskede. Det vil sige at retterne er blevet udskiftet efter hvad patienterne ønsker. Vi måler i vores bestillingssystem om retterne er et hit. Vi lytter til hvad patienterne ønsker

Implementering og brug af initiativet:

Som tidligere beskrevet og det er et samarbejde mellem medarbejderne der bestiller maden til patienterne og medarbejdere i Patientkøkkenet, vagthold til transport samt kostkonsulent.

Det er et eksempel på den mere holistiske behandling, hvor også kosten tages med i den samlede behandling af patienterne.

Værdiskabelse:

Det er et stort problem at mange patienter bliver underernæret under indlæggelse, bla. fordi de mister appetitten.

Det har vist sig, at man kan optimere disse småtspisende patienters ernæring med små retter som de kan overskue at spise.

Det højner kvaliteten af indlæggelsen for den indlagte småtspisende patient, når de har mulighed for at spise, præcist når de er sultne og ikke kun når madvognen kommer 3 gange om dagen, og at de selv kan vælge hvad de vil spise.

Dokumentation af initiativets værdi:

Tilbagemeldingerne fra medarbejderne i sengeafsnittene er meget

Mulighed for at sprede initiativet:

Tilbagemeldingerne fra medarbejderne i sengeafdelingerne er meget positive. De siger bla. at der er nemmere for dem at ernære patienterne og vi kan se på antal bestillinger at det er en succes. Vi har spurgt patienterne i pilotprojektet hvad de synes og det er meget positivt. Småretter gør noget godt for de småtspisende, da retterne er små anretninger og derfor overkommelige for patienterne.

Indstilling 36: Hilse låg

Titel på initiativet:

Hilse låg

Ansvarlig leder:

Leonelyn Larsen

Afdeling og hospital:

M3 Køge Sygehus

Navn:

Leonelyn Larsen

E-mail:

leola@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 91 62 29 57

Starttidspunkt for initiativet:

2020-09-01

Baggrund for initiativet:

Formålet med initiativet er at gøre en lille forskel til dem der er allerede har det svært. For at gøre sygepleje mere tættere/personligt for patienterne. For at skabe et glad/smil på læben når patienterne ser eller læser hvad der står på medicin låget. For at skabe mere tryk sygepleje mens patienterne er indlagt også for pårørende at de føler sig tryk når det kommer og finder små hilser på låget. To ease their (patients) pain/suffering even for just a little bit. Målgruppen er alle slags patienter og deres pårørende.

Initiativets nyskabelse:

Metoden er ny. Jeg har ikke set noget lignende før.

Implementering og brug af initiativet:

Lige er nu, er det kun mest mig der implementeret den men en anden kollega har også begyndt nu at skrive lidt på låget. Hver gang vi er på arbejde, implementeret vi den og jeg håber virkelig at mine andre kollega ville gøre det samme.

Værdiskabelse:

Det fleste af patienterne blev så rørt og glad for dem små låg med hilse. Nogle patienter samler og gemmer dem og det andre har brugt dem som pynt. Hilse låg er blevet fremhævet på SUH Åren februar 2021.

Dokumentation af initiativets værdi:

Initiativet er blev fremhævet på SUH Åren februar 2021 ellers der har ikke noget andet dokumentation bortset fra patienternes glade ansigter, tår i øjnene, krammer og mundtlig taknemlighed og ros

Mulighed for at sprede initiativet:

Jeg tror virkelig at det er så nemt at sprede initiativet. Hver gang man doserer medicin, man skrive bare en lille hilse på låget. En simpelt "god bedring" gør en forskel. Barriere for spredning er travlhed eller overskud eller hvis man gider at gøre det.

Indstilling 37: Afklarende telefonsamtale med ptt. før indkaldelse

Titel på initiativet:

Afklarende telefonsamtale med ptt. før indkaldelse

Ansvarlig leder:

Mobilteamet Lokalpsykiatrien Odense

Afdeling og hospital:

Mobilteamet Odense

Navn:

Zoltan Barkanyi

E-mail:

zoltan.barkanyi@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 51 18 00 84

Starttidspunkt for initiativet:

2019-01-01

Baggrund for initiativet:

Afklarende Telefonsamtaler
Fra idé til implementering

Ideudvikling:

Som følge af en Tværsektoriel Forbedringsworkshop i uge 48, 2019, blev det besluttet, at arbejde videre med ideen om "Afklarende telefonsamtaler", som led i visitationen til Mobilteam.

Formål:

At sikre, at patienterne var bekendte med henvisningen og formålet med denne, herunder forventningsafstemning for at undgå konflikter. At give patient og fagpersoner bedre mulighed for at forberede sig til første møde, samt at reducere antallet af udeblivelser.

Procedure:

Der blev udarbejdet en procedure for arbejdsgangen, samt en skabelon for hvilke temaer der skulle berøres i samtalen. Denne er blevet forbedret løbende under processen og den seneste version fra 2020 er i brug.

Patientinddragelse:

Der deltog patienter i ideudviklingen og i første del af prøveperioden, blev patienterne bedt om at vurdere deres oplevelse af tiltaget. Der var udtalt tilfredshed med tiltaget, som patienterne fandt meningsfuldt. Flere gav udtryk for, at det var rart med telefonisk kontakt forud for første møde.

Evaluerings:

Patienterne fandt tiltaget meningsfuldt. Der opstod ingen konflikter i prøveperioden. Enkelte gange havde patienter påbegyndt anbefalede tiltag, inden første møde i psykiatrien. Flere var kommet længere i deres overvejselsesfase, end de ellers ville have været. På trods af et større indtag af patient

Initiativets nyskabelse:

Tiltaget har været med til at reducere antallet af udeblivelser, men også antallet af konflikter pga manglende afstemning af formålet med forsamtale.

Initiativet er nyskabende, dels fordi den er opstået som ide under en tværfaglig og tværsektorielt workshop (med deltagelse fra BU Odense, Odense Kommune psykologteam og Mobilteamet) og dels fordi vores procedurer og organisering ift visitationsprocessen blev således ændret og det førte til en nytænkning ift kontakt med patienter med f.eks. dobbeltdiagnose/aktivt misbrug og psykisk sygdom.

Implementering og brug af initiativet:

Initiativet er fuld implementeret i Mobilteamet.

Der har tidligere været fast behov for at udfylde følgende "tjekliste" som blev fulgt under disse telefonsamtaler, nu er efter implementering afsluttet, ligger det mere frit for medarbejderne at udføre disse samtaler, men fokus er altid at finde en fælles forståelse for formålet med forsamtalen og på den måde sikre patientinddragelse

Skabelonen for samtalen:

*Skabelon for

Afklarende telefonsamtale forud for

Afklarende samtale/Forsamtale i Mobilteam

Formål:

- At patienten er informeret om henvisningen og baggrunden herfor, samt vil kunne give fremmøde til samtalen.
- At patienten, såfremt der er et misbrug, er vidende om at misbrugsophør er en forudsætning for egentlig udredning og behandling, samt at urintest og blodprøver løbende vil blive taget for at sikre afholdenhed.
- At de andre aktører inddrages, f.eks. kommunen, hvor de kan også deltage i forsamtalen

Værdiskabelse:

Projektet blev evalueret:

Der var tilfredshed med tiltaget blandt patienterne, som fandt konceptet med Afklarende Telefonsamtaler acceptabelt (score 4,8). I tilfælde af misbrug, var der forståelse for nødvendigheden af ophør, eventuelt via forudgående eller sideløbende forløb i andet regi (score 4,4). Patienterne var enige i, at den plan der blev lagt ved samtalen, var realistisk (score 4,4), samt at den telefoniske kontakt var meningsfuld (score 4,8). Flere gav udtryk for, at det var rart med telefonisk kontakt forud for første fremmøde. Vi registrerede tidsforbruget relateret til de Afklarende Telefonsamtaler. Dette lå på mellem 8 og 35 minutter per samtale, med et gennemsnit på omkring 15 minutter.

Ptt. italesætter også værdien ift . at skabe en relation til behandlerne og behandlingsstedet, før de fysisk møder de sundhedsprofessionelle.

Dokumentation af initiativets værdi:

Se tidligere punkt.

Mulighed for at sprede initiativet:

Initiativet kan spredes ud til alle psykiatriske afdelinger. Der er særdeles vigtigt i psykiatrien at lave forventningsafstemning og patientinddragelse, samt undgå konflikter. Tidsforbruget, som er bundet til opgaven er forholdsvis beskeden og acceptabel, målt ift. det værdi vi oplever i patientkontakten.

Initiativet kan også spredes ud til somatik.

Barrieren kan primært være tidsforbruget, ressourcerne som skal knyttes til opgaven.

Indstilling 38: FTT Familieterapeutisk Team

Titel på initiativet:

FTT Familieterapeutisk Team

Ansvarlig leder:

Marianne Stieper Salvigsen

Afdeling og hospital:

BUP Region Hovedstaden

Navn:

Marianne Stieper Salvigsen

E-mail:

salvigsen@mail.dk

Telefonnummer:

+45 27 14 71 70

Starttidspunkt for initiativet:

2010-01-0

Baggrund for initiativet:

Familier med børn og unge, udfordret med psyk. diagnoser af alle typer. At hjælpe familier i krise. Hele familien får terapi, alt efter behov

Initiativets nyskabelse:

Initiativet er nyskabende fordi den favner alle involverede, når et barn (som i vores tilfælde) mistrives, skifter skole flere gange, og hver gang er det nye folk, både barn og voksne præsenteres for. Det er en kæmpe stress faktor i en ellers forvejen helt kaotisk hverdag.

Implementering og brug af initiativet:

Det er samtaleterapi, hvor familierne sætter dagsordenen i forhold til deres behov. At sidde med en dygtig sygeplejerske og psykolog, der kan samle trådene, og tale sig ind på, hvor det går galt her og nu. Ved os brugte de en tavle hvor vi skrev ord ned, som vi så gik i dybden med. Vi gik derfra HVER gang med hovedet løftet og følte os gode nok som forældre. DET blev skelsættende for os i vores situation.

Værdiskabelse:

Det var uden tvivl det første og eneste sted, hvor de så os som en hel familie. Hvis bare en i familien lider, lider alle jo. Det var først da vi fik lov at komme til FTT (tidl. PTE) at vi fik hjælp hele familien og dermed vendte vores nedadgående spiral.

Initiativet har i sjælden grad løst vores og andres problemer.

Jeg anser, at for personalet, må det være mega værdifuldt at se familier i total opløsning gå derfra med nyt mod på deres situation, og måske som for os, et reddet ægteskab.

Dokumentation af initiativets værdi:

I en tid hvor der taler om mistrivsel af børn og unge, som aldrig før, burde dette tilbud være først på listen. Fordi det ikke er små kasser i sundhedssystemet og kommunen, der konstant modarbejder hinanden. Her

er det samlet hjælp. FTT både indkalder og faciliterer møderne med diverse instanser. Det er lige præcis det man har brug for, når hverdagen er et helvede og et døgnarbejde, hvor det at skulle svare på mails og forsvare diverse, er noget der bare ikke er hverken tid eller overskud til i en hverdag med et udfordret barn. Vi lever i dag et helt almindeligt liv, og "er ude på den anden side"

Mulighed for at sprede initiativet:

Hvis man som vi, har fået den bedste hjælp der, burde det være et muligt tilbud til alle familier. Det kan noget, som intet andet. Det er for mig at se, desuden den bedste og billigste løsning på den lange bane, at hjælpe familier her og nu, frem for at unge må indlægges eller på institution. Det koster samfundet langt flere penge totalt set. Og mistrivsel kan slet ikke gøres op i penge. Livskvalitet er det som denne afdeling er kendt for, for os. - I de par år vi gik der og frem til nu, er afdelingen desværre kun blevet mindre og mindre. Med den enorme mistrivsel burde det være helt modsat. Alle hospitaler burde have et sådan team, knyttet op til BUP. Det er præcis det man har brug for, når man er ramt i familien. Det giver forældrene styrket håb og kraft til at kunne være noget for deres barn/børn, redde parforhold.

- En forebyggende indsats er altid bedre end brandslukning. Både menneskeligt og økonomisk.

Indstilling 39: Psykosomatik Gynækologi og Obstetrik

Titel på initiativet:

Psykosomatik Gynækologi og Obstetrik

Ansvarlig leder:

Phillip Keudel

Afdeling og hospital:

Kvindesygdomme og Fødsler, Sygehus Sønderjylland

Navn:

Philip Keudel

E-mail:

phillip.k.l.keudel@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 79 97 21 70

Starttidspunkt for initiativet:

2019-01-01

Baggrund for initiativet:

Vi har i vores daglige arbejde lagt mærke til, at mange patienter vi ser i det gynækologiske og obstetriske speciale, oplever en sammenhæng mellem deres kropslige gener og stress og angst. Vi ser for eksempel, at lichen sklerosus kommer til udbrud når patienterne oplever stress. Vi møder patienter, som på grund af deres angst, får lavet et sectio, selvom der ikke er andre medicinske grunde til det. Vi opererer kvinder med smerter i underlivet, og finder ingen forklaring. Derfor har vi valgt, at behandle vores patienter i en bio-psyko-social kontekst hvor vi, alt efter patientens behov, tilkobler medarbejdere, som kan supplere det kliniske forløb med coaching, rådgivning eller psykoterapi, for at undgå uhensigtsmæssige forløb. Alle patienter, som igennem deres gynækologiske eller obstetriske forløb har kontakt til vores afdeling, kan blive set af det terapeutiske team, som sammen med patienten kan arbejde problemorienteret eller indsigtsgivende, alt efter patientens behov og forventninger. Vi oplever, at patienterne føler sig mere set og anerkendt, at der undgås parallelle forløb eller uhensigtsmæssige interventioner og problemer behandles inden de forværres i en grad, som vil kræve mere intensive tiltag.

Initiativets nyskabelse:

Danmark, i modsætning til for eksempel Tyskland eller Canada, har en historisk tendens, til at opdele hele mennesket i somatiske og psykiatriske tilstande og lidelser. Over de sidste par år er der kommet mere fokus på funktionelle lidelser, som et eksempel på hvordan kroppen og psyken hænger sammen. Vores tilbud skaber en hel ny kategori, hvor vi hos patienter, som har en somatisk diagnose, undersøger og har fokus på, hvordan psyken kan forværre eller forbedre disse kropslige tilstande og hvordan vores krop kan reagere på angst og stress, samt hvordan det kan håndteres. Der tages højde for patientens funktionsniveau og behov, igennem anvendelsen af Annons PLISSIT-model. Vores behandlingstilbud bruger forskellige terapeutiske metoder, som alle sammen er evidensbaserede. Mest bruges dog kortidsdynamiske tilgange. De skiller sig ud fra et hav af mere kognitive og adfærdsterapeutiske tilbud inden for psykiatrien. De er meget inspireret af canadiske Allan Abbas's tilgang til psykosomatiske lidelser.

Implementering og brug af initiativet:

Vores terapeutiske team består af både coaches, rådgivere og psykoterapeuter. Hver især med en relevant sundhedsfaglig autorisation (jordemoder, sygeplejerske, læge) samt en terapeutisk overbygning. Efter henvisning matches patienten i forhold til behov og forventninger ifølge PLISSIT-modellen med en passende behandler, og der oprettes et tilsvarende forløb. Vi bruger supervision og regelmæssige konferencer for at vurdere, om forløbet kan optimeres yderligere. Herudover reserveres nogle tider til akutte patienter. Det terapeutiske team er ud over deres arbejde med den psykosomatiske patientgruppe, også etableret i den kliniske hverdag i andre funktioner (fødegangen, scanning, ambulatorium, vagtarbejde). Derfor kan der altid foregå sparring med kollegaer, som ikke selv har en terapeutisk uddannelse, og der kan implementeres psykosomatiske aspekter i andre kliniske funktioner.

Værdiskabelse:

Idet der rettes fokus på psykosomatiske sammenhænge, undgås det at patienten udsættes for muligvis unødvendige eller kontraproduktive medicinske (eller kirurgiske) procedurer. Derved nedsættes risikoen for, at en angst- eller stresstilstand bliver ignoreret og ikke opdaget. Dette gør det muligt at iværksætte behandlingen tidligt. Det kan være med til at aflaste pressede psykiatriske afdelinger, hvor disse patienter kan ende på et senere tidspunkt. Herudover bliver patientens evne, til at kunne understøtte sig selv konstruktivt og arbejde for ens egen sundhed forbedret. Patienten tager ansvar igennem den terapeutiske proces, og igennem indsigten i de bio-psyko-soziale sammenhænge. Dermed forbedrer patienten sin situation. Medarbejderne i det terapeutiske team oplever, at deres viden er med til at skabe gode patientforløb, understøtter patienterne ved at behandle et yderligere aspekt af patienternes lidelse, og føler sig derfor mere effektive i deres rolle som behandler og kliniker.

Dokumentation af initiativets værdi:

Psykosomatiske tiltag samt kortidsdynamiske terapeutiske adgange er nye initiativer som ikke tidligere er implementerede i de gynækologiske og obstetriske afdelinger i Danmark. Derfor var vi fra starten opmærksomme på, at inddrage evalueringer og forskning. Vi har en postdoc ansat i vores afdeling, som er i gang med at oversætte og validere relevante spørgeskemaer, for at vi kan undersøge kvantitativt hvorvidt vores tilbud fører til en ændring i patientens tilstand. Yderligere er vores forskningsafdeling også involveret i flere projekter, for at evaluere vores initiativ. Igennem patientworkshops, LUP-undersøgelser og patientfeedback har vi fået tilbagemeldinger om, at patienterne har en positiv oplevelse af vores tiltag. Der foreligger undersøgelser og evidens der underbygger, at de metoder vi bruger, forbedrer patienternes funktionsniveau. Disse studier er ikke gennemført med en dansk population, og heller ikke i forhold til vores specifikke setup. Derfor er det en høj prioritet i vores afdeling at undersøge effekten af vores tiltag.

Mulighed for at sprede initiativet:

Vores ledende overlæge for psykosomatisk gynækologi og obstetrik underviser fagprofessionelle i vores tilgang og metoder. Det foregår både igennem vores eget forsknings- og læringshus men også som eftertragtet oplægsholder for almen medicinske 12-mandsgrupper og faglige selskaber. Konceptet er også blevet præsenteret på den internationale ISPOG (International Society for Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology) kongres i Wien i 2022 samt til den nordiske NACS (Nordic Association for Clinical Sexology) kongres i Reykjavik 2021. Afdelingen samarbejder med andre fagprofessionelle, for at tilbyde undervisning i metoder og implementering af tilbuddet. Efter uddannelsen af interesserede medarbejdere, enten på coach-, rådgiver- eller psykoterapeutniveau, kan andre afdelinger begynde at oprette et lignende tilbud. Vi vil gerne hjælpe og understøtte en sådan proces. Afdelingerne kan selv bestemme, hvordan de vil skalere deres tilbud, så det er passende til deres behov, patientgrundlag og kompetencerne i deres terapeutiske team i forhold til PLISSIT-modellen.

Indstilling 40: Kulturfødestue til familier i sorg

Titel på initiativet:

Kulturfødestue til familier i sorg

Ansvarlig leder:

Sandra Bang-Schnack

Afdeling og hospital:

Fødegangen Aalborg Sygehus Nord

Navn:

Sandra Bang-Schnack

E-mail:

sabas@rn.dk

Telefonnummer:

+45 21 18 24 80

Starttidspunkt for initiativet:

2022-06-30

Baggrund for initiativet:

På Fødegangen i Aalborg opstartede man et projekt om at skabe nogle rammer som kunne omfavne forældre i sorg typisk i forløb hvor de gennemgår en senabort eller et forløb hvor barnet dør senere i graviditeten og skal fødes. Disse forældre oplevede ikke tidligere at blive rummet under de kliniske/sterile og slidte rammer. Deres feedback var at de fysiske rammer forstærkede sorgen imens at personalet, med deres faglighed, var anderledes omfavnende. Dermed var der en dissonans mellem patienternes behov og Fødegangens tilbud. Man indgik derfor et samarbejde med kunstnere om at få kulturen - lyde, billeder, æstetik mv træde i forgrunden ved at designe rammerne, så de understøttede fagpersonernes sørgarbejde.

Initiativets nyskabelse:

Mange har nok hørt om sansefødestuer som er blevet et populært fænomen på de danske fødegange. Vi er blevet klar over at de fysiske rammer også har betydning for patienternes oplevelse af at føle tryghed, ro mv. som er essentielt under en fødsel. Det særlige ved nærværende initiativ angående kulturfødestuen er at de fysiske rammer sammen med jordemødrenes rituelle handlinger, kan være med til at skabe sammenhæng mellem før, under og efter forløbene hvor parrene mister et barn og det sikrer at parrene ikke føler sig sluppet eller overladt til ingenmandsland, som de tidligere italesatte. Det styrker dem og heler og kan være medvirkende til at parrene tør begive sig ud på rejsen at påbegynde en ny graviditet.

Implementering og brug af initiativet:

Der er iværksat evaluering, så der kan indsamles viden om hvordan kulturfødestueprojektet udvikles yderligere. Der har været politikere på besøg og andre interessenter med henblik på skalering eks. til intensiv eller andre afdelinger og der søges midler til at kunne udbrede konceptet til andre fødestuer på afdelingen. Stuen er i anvendelse når der er forløb med senaborter og dødfødsler.

Værdiskabelse:

Det har jeg beskrevet tidligere. At initiativet kan hjælpe jordemødre og læger til at støtte parrene i sorgprocessen uden at de fysiske rammer påvirker negativt, men at de i stedet gør stedet rart at være i en meget svær situation, så parrene husker tiden/oplevelsen ikke som at rammerne påvirkede oplevelsen negativt men var med til at gøre oplevelsen. God trods omstændigheder, der er ubærligt svære. Og så gør det at fagpersonalet har fokus på set hele patientforløb - at sikre overgangen og skabe et sikkerhedsnet af tryghed.

Dokumentation af initiativets værdi:

Man er igang med at indhente oplevelser fra både personalet og patienter, som gerne skal bidrage med at videreudvikle på projektet.

Mulighed for at sprede initiativet:

Vis LinkedIn, Facebook, interessenter, politiske aktører, fagfæller og alle som vil høre om det. Danske Regioner er også mere end velkommen :0)

Indstilling 41: Herlevs Herligheder – Det digitale menukort

Titel på initiativet:

Herlevs Herligheder – Det digitale menukort

Ansvarlig leder:

Enhedschef i Ernæringsenheden, Marianne Margaard Lange

Afdeling og hospital:

Service og Logistik - Ernæringsenheden på Herlev og Gentofte Hospital

Navn:

Marianne Margaard Lange

E-mail:

marianne.lange@regionh.dk

Telefonnummer:

+45 24 64 14 04

Starttidspunkt for initiativet:

2022-06-14

Baggrund for initiativet:

Ernæringsenheden på Herlev og Gentofte Hospital tog initiativ til at lancere det digitale menukort med et mål om at give patienterne mere indflydelse i deres valg ved bestilling af mad. Formålet var patient empowerment, så patienterne i højere grad kunne være aktive omkring deres egen ernæring og have mulighed for at vælge retter, der passer til deres individuelle behov og dermed understøtte deres behandling, hvilket kan resultere i kortere indlæggelsestid.

Klinikerne havde udtrykt ønske om, at kunne arbejde mere systematisk med patienternes ernæring, og en patienttilfredshedsmåling havde vist, at patienterne ønskede større indflydelse på valg af egen menu og større variation, end hvad den daværende buffetordning kunne tilbyde.

Det digitale menukort blev derfor designet således, at relevante ernæringsdata fra Sundhedsplatformen (digital patient journal), såsom allergier og patientens energi- og proteinbehov, automatisk danner grundlag for det menukort, som patienten kan bestille fra. Kombineret med et konstant opdateret ernæringsbarometer, kan både patient og plejepersonale følge med i, om patientens ernæringsbehov opfyldes.

Målgruppen for det digitale menukort er patienter på alle hospitalets sengeafdelinger. Det digitale menukort er altså tilgængeligt for alle indlagte patienter på hospitalet, uanset hvilken afdeling de er indlagt på.

Initiativets nyskabelse:

Med det digitale menukort er det særligt metoderne, der er nye. Det er taget i betragtning, at både teknologien og målgruppen (indlagte patienter er overvejende fra den ældre del af befolkningen) er nået så langt, at det ikke virker besværligt at bestille fra et digitalt menukort. Det er snarere helt naturligt på linje med, hvordan vi er vant til at klare andre af vores daglige opgaver via telefon og tablets.

At det hele foregår elektronisk, betyder desuden, at bestillingerne kan afgives så tæt på serveringstidspunktet som muligt – dog med højde for, at ordrene skal anrettes og transporteres fra køkkenet til sengestuen.

Det er ikke tidligere set, at der er fuld integration mellem Sundhedsplatformens patientdata og kostbestillingssystemet. Integrationen muliggør et ernæringsbarometer, som nudger patienterne til at bestille den mængde protein og kalorier, som de har brug for, for at ernæring bliver en del af behandlingen.

Det er også nyt at anvende temperaturopdelte madvogne med forudgående temperaturboost, som kan holde madens temperatur under transporten og i tilstrækkelig lang tid uden el-tilslutning, for at patienten kan få sin mad med korrekt temperatur - selv lune blødkogte æg.

Det digitale menukorts succes afhænger af, at alle led i logistikken lykkes. På den baggrund har det nye koncept betydet, at køkkenet, portørerne og rengøringen har arbejdet tættere sammen.

Implementering og brug af initiativet:

Idéen er skabt via inspiration ved besøg hos kolleger i hele verden, brugerundersøgelser og pilottest på Herlev Hospital. Der er nøje udvalgt service til anretning i nordisk stil, så anretningerne er visuelt appetitvækkende. Retterne er små og indbydende i stil med spansk tapas. Derved undgår patienter at blive overvældet af en stor buffet eller en stor anretning, som særligt for småtspisende patienter kan virke kvalmende.

En vigtig del af konceptet inkluderede nye madvogne, som på bakkeniveau har adskilt varm og kold zone, hvilket betyder at vi på samme madbakke, kan anrette fx både en dampende varm sprød fiskefilet og en kold energitæt citronfromage.

Implementeringen skete i tæt samarbejde med udvalgte klinikere, portøraftdelingen og rengøringsafdelingen.

For at sikre, at maden serveres frisk, blev der planlagt nøjagtige køreplaner for transporten mellem køkkenet og hver enkelt sengeafdeling. Rengøringsafdelingen står både for klargøring af drikkevarer og afrydning efter måltidet.

Værdiskabelse:

Med indførelsen af a la carte mad via digitalt menukort og nye moderne madvogne, kan vi tilbyde patienter større indflydelse på valg af egen menu. Derved kan patienten i højere grad end tidligere være indlagt og stadig vælge mad ud fra personlige behov/ønsker som fx sundhed, veganisme, kultur eller allergier.

Muligheden for at bestille små retter øger appetitten, hvorved et bedre ernæringsindtag kan opnås, hvilket potentielt kan bidrage til at patienten kommer bedre igennem behandlingsforløbet.

Patienten scanner sit patientarmbånd på en tablet ved patientsengen, og får derved adgang til at vælge mellem retterne, som præsenteres med flotte billeder fra en professionel fotograf. Bestillingsprocessen giver derved patienten adspredelse i en hverdag, der kan være meget lang som indlagt patient. Moderne madvogne med adskilte temperaturzoner, gør at patienten får varm eller kold mad i stedet for lunken mad.

Hver madbakke anrettes, så patienten får større lyst til at spise maden. "Man spiser med øjnene", som man siger.

Samtidig med det nye koncept, har køkkenets kokke fået mulighed for at udvikle nye retter, som kan indeholde varme grøntsager, der bevarer farven, sprøde panerede retter og saftig varm fisk, som sætter et

højere kulinarisk niveau.

Det digitale menukort kan også anvendes af pårørende, som med kreditkort/ mobilepay kan bestille retter, og spise sammen med patienten.

Plejepersonalet fortæller os, at de oplever, at "patienterne motiveres til at bestille og spise, ved at portionerne nu er overskuelige - særligt patienter med fx dysfagi. Samtidig gør det en stor forskel, at patienten vælger ud fra lækre billeder af maden. Endelig er der mindre mad på tallerkenerne, når patienterne har spist".

Dokumentation af initiativets værdi:

For at kunne dokumentere og løbende forbedre retterne og konceptet i sin helhed, er der i det digitale menukort indbygget en måltidsevaluering. Her rater patienterne deres oplevelse med smiley på en skala, der svarer til karaktererne 1, 2, 3 og 4. 1 svarer til "Meget glad", 2 svarer til "Glad", 3 svarer til "Neutral" og 4 svarer til "Utilfreds". Måned for måned er der mindre udsving mellem tilfredsheden, men i gennemsnit fra lanceringen til nu, ligger patienternes tilfredshed på 1,622, hvilket svarer til lige mellem "Meget glad" og "Glad". Øvrig statistik fra bestillingssoftwaren viser; - At der hver måned bestilles mellem 25.000 og 28.000 måltider. - At der hver måned ekspederes mellem 250 og 300 måltidsbestillinger fra pårørende.

Ernæringsbarometer-funktionen indebærer også at patienterne (og i nogle tilfælde plejepersonalet) registrerer, hvor meget patienten har spist, af den foretagne bestilling. Her viser statistikken, at patienterne overvejende spiser 85-90% af det bestilte. Med indførelsen af konceptet har vi etableret et ambassadørnetværk, hvor vi møder repræsentanter fra de kliniske afdelinger og evaluerer. Ved et ambassadørmøde i september 2022 – altså ca. 3 måneder efter lanceringen, fortalte en ambassadør, at hun flere gange havde spurgt sine kollegaer, om de ønskede at komme tilbage til buffetservering (hospitalets tidligere patientmadskoncept), og her svar svaret et klar "NEJ" – dette til trods for, at der i afdelingen forud for lanceringen, havde været en del modstand og skepsis. Desuden ytrede ambassadørerne at; - "Overordnet er patienterne meget glade for a la carte" - "Glade for de blødkogte æg" - "Patienterne spiser mere" - "Glade for større valgfrihed" - "Patienterne føler de er på restaurant" - "Godt med de små portioner, patienterne spiser mere" - "Ros til køkkenet" - "Veltillavet mad der smager godt og ser lækkert ud".

Mulighed for at sprede initiativet:

Initiativet er baseret på software udviklet i et samarbejde mellem Region H (Herlev og Gentofte Hospital) og Anova Data. Anova Data er pt leverandør til ca. 50 % af de offentlige køkkener (hospitalet, plejehjem og centralkøkkener) i Danmark.

Efter lanceringen på Herlev og Gentofte Hospital er systemet udbredt til aktuelt yderligere 2 hospitaler i Region H (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Nordsjællands Hospital).

Systemet forventes yderligere at blive taget i brug på flere hospitaler i Region H, og andre hospitaler i Danmark allerede i 2023.

Konceptet er sammensat sådan, at det også vil kunne benyttes i kommunerne, hvor der leveres mad til plejehjemsboere og hjemmeboende.

Indstilling 42: Patientcentreret behandling af multisyge patienter med autoimmune sygdomme

Titel på initiativet:

Patientcentreret behandling af multisyge patienter med autoimmune sygdomme

Ansvarlig leder:

Kasper Fjellhaugen Hjuler og Louise Faurskov Møller

Afdeling og hospital:

Kasper Fjellhaugen Hjuler og Louise Faurskov Møller

Navn:

Louise Møller

E-mail:

louisras@rm.dk

Telefonnummer:

+45 21 64 37 69

Starttidspunkt for initiativet:

2019-03-01

Baggrund for initiativet:

Autoimmune sygdomme som psoriasis, gigt og tarmbetændelse er kroniske sygdomme der følger patienten hele livet. Sygdommene er forbundet med forringet livskvalitet, en øget risiko for andre fysiske og psykiske følgetilstande, og er forbundet med negative arbejdsmæssige og sociale konsekvenser.

Kvalitative rapporter har påpeget uhensigtsmæssigheder i den traditionelle silo opdelte behandling af patienter med komplekse autoimmune lidelser. Patienterne oplever manglende koordination mellem forskellige behandlere, selv at skulle være budbringere af oplysninger, uhensigtsmæssig opfølgning, samt manglende opsporing af andre sygdomme og følgesygdomme, og der kan være redundans i form af dobbelt blodprøvetagning og billeddiagnostik. Dette er ikke alene uhensigtsmæssigt for patienterne men også fordyrende for samfundet.

Danske regioner påpeger i deres rapport: "360 grader rundt om multisygdom", at der er behov for handling. Multisygdom er en af de største udfordringer i sundhedsvæsenet. I dag lever fire ud af ti med multisygdom. Det kalder på en differentieret og koordineret indsats organisatorisk, behandlingsmæssigt og økonomisk.

Formålet er at udvikle nye principper for behandlingen af med patienter autoimmune sygdomme, for gennem en tværfaglig indsats at forbedre behandlingen af patienterne, deres livskvalitet, tilknytning til arbejdsmarkedet og viden om sygdommene.

Initiativets nyskabelse:

I NCAS har vi udviklet en velfungerende organisatorisk nyskabelse, hvor vi sammen med patienten koordinerer udredning, behandling, og psykosocial indsats til en effektiv helhedsorienteret indsats. Centret indtænkes som et tilbud til patienter med flere autoimmune sygdomme og følgetilstande som et supplement til de vanlige klinikker i sygehus- og praksisregi. Indsatsen på tværs af de medicinske specialer medfører en forbedring af behandlingen og dermed sygdomsaktiviteten, og samtidig bedres patientens viden og forståelse for sygdomme og behandling, samt sikres afklaring af arbejdsmæssige forhold. Og som en ekstragevinst mindskes den økonomiske byrde af unødvendige besøg og undersøgelser.

Centret fungerer som et teambaseret setup, hvor de relevante medicinske specialer og andre tværfaglige medarbejdere arbejder tæt sammen om patienten i en interdisciplinær organisering med en helhedsorienteret tilgang på tværs af afdelinger og faggrænser. Det er en fællesklinik, hvor patienter med autoimmune sygdomme følges tæt i et fokuseret og tidsmæssigt afgrænset forløb. Der fokuseres på skræddersyede løsninger til den enkelte, med henblik på at forbedre den medicinske behandling så sygdomme kontrolleres bedst muligt, samtidig med at der sættes ind overfor fysiske og psykiske følgesygdomme, livsstilsfaktorer og afklaring af forhold relateret til kommune og arbejdsplads.

Implementering og brug af initiativet:

I marts 2019 begyndte vi at have konsultationer med de første patienter samtidig med at vi byggede vores klinik op og gjorde os mange erfaringer. Ofte gik vi et skridt frem og to tilbage, da vi gerne ville have det helt rigtige set-up til vores patienter men også vores ansatte. Patienterne bliver henvist til os, når de har mere end én autoimmun sygdom, og der er behov for at optimere den medicinske behandling eller et behov for et mere helhedsorienteret behandlingsforløb.

Aktuelt fungerer klinikken som et samarbejde med deltagelse af speciallæger, sygeplejersker og sekretærer fra klinik for hudsygdomme, klinik for lever, mave, og tarmsygdomme og klinik for led, og bindevævssygdomme samt psykolog, diætist og socialrådgiver ansat direkte i centret. Der ses patienter i klinikken fast tre dage ugentligt. Visionen er, at udbygge og udvikle konceptet yderligere i fremtiden. Driften er baseret på en bevilling fra Sundheds- og ældreministeriet.

Værdiskabelse:

Initieringen af Det Nationale Center for Autoimmune Sygdomme har vist, at der er et behov for en sådan løsning til patienter med flere autoimmune sygdomme, og at den virker.

Centret fungerer som et behandlingscenter for de patienter, der har behov for en koordineret indsats i en periode af deres liv. Ydermere kan centret fungere som platform for afprøvning af tiltag i behandlingen af kronisk multisygge patienter, herunder f.eks. ændrede tilgange til konsultationsprocessen og samarbejde med kommuner og egen læge. Slutteligt kan centeret danne ramme for forskning både basal og klinisk på allerhøjeste internationale niveau.

Centeret øger patienternes viden om deres sygdomme, samt håndtering og mestring af livet med kroniske autoimmune sygdomme. I Det Nationale Center for Autoimmune Sygdomme har vi haft øget fokus på 'empowerment' via patientskoler, vidensdeling på vores hjemmeside og sidst udvikling af en digital forløbsguide, der tager patienten i hånden under patientforløbet.

I et anonymt spørgeskema har vores ansatte nævnt følgende punkter:

§ Højt fagligt niveau

§ Faglig sparring

§ Faglig udvikling (bringes tilbage i egen klinik)

§ Nemmere at prioritere i relevante henvisninger

§ Oplevelse af meningsfuldhed

Dokumentation af initiativets værdi:

"Det at blive mødt med den samlede faglighed, har været så givende og opløftende i dette forløb. Der er tid og overskud til at blive set på, hvis leddene driller. Hvis dette projekt fortsætter, er jeg sikker på, at mange patienter i dette regi, vil få en meget bedre behandling og livskvalitet" – kvinde med psoriasis og psoriasisigt Det har desuden været tilstræbt at aktiviteterne i centret har foregået på en datagenerende måde. Dette betyder, at der er indsamlet; bliver og vil blive analyseret data, der dokumenterer effekten af indsatsen i projektperioden. Det er planlagt at publicere videnskabelige data, der påviser effekten på en længere række helbredsrelaterede livskvalitetsmål herunder både fysisk og psykisk begrænsning, mental komorbiditet, arbejdsevne (WPAI) mv. Desuden analyseres effekten på patienternes autoimmune sygdomme ved hjælp af validerede kliniske objektive effektmål. Analyserne og den sidste dataindsamling

pågår. En del af de patienter der er blevet behandlet i centret har deltaget i kvalitative undersøgelser. Patienterne har besvaret åbne spørgsmål om deres forløb som har været i enten Det Nationale Center for Autoimmune Sygdomme eller i de vanlige ambulatorier på hospitalerne eller i speciallægepraksis. Patienternes udsagn og fortællinger er blevet analyseret baseret på blindet kodning udført af uafhængige kodere, der er trænet i metoden. Analysen viser hvilke aspekter af forløbene, der er vigtige for patienterne. Af disse resultater ses, at en stor del af patienterne oplever en bedring af livskvaliteten efter et forløb i centret, - et bemærkelsesværdigt fund set i lyset af den meget kroniske patientgruppe, det drejer sig om. Der er desuden udført foreløbige analyser, der har vist en statistisk signifikant højere grad af personlig, positiv udvikling i gruppen.

Mulighed for at sprede initiativet:

På nuværende tidspunkt er vi det eneste sted i Danmark, der har bygget et tværdagligt center op for patienter med autoimmune sygdomme. Det er muligt at skalere initiativet ud til andre steder i sundhedsvæsenet, hvor der arbejdes med autoimmune sygdomme, men også andre sygdomskategorier, hvor der er sammenhæng mellem flere sygdomme og et særligt behov for en patientcentreret tilgang. Det vil være muligt, at vi kan bidrage med erfaringsudveksling efter vores pilottest og implementering af initiativet.

En barriere man skal være opmærksom på, er, at det kræver en særlig indsats at samle mange fagligheder i et tværfagligt set-up. Det vil kræve en opbygningsfase med teambuilding og konferencer, med fokus på en respekt for hinandens kompetencer og et særligt ønske om samarbejde og erkendelse af et tværfagligt kvalitetsløfte i det enkelte patientforløb.

Indstilling 43: Digital forløbsguide til patienter i kontrolforløb for udposning på legemspulsåren

Titel på initiativet:

Digital forløbsguide til patienter i kontrolforløb for udposning på legemspulsåren (abdominalt aortaaneurisme)

Ansvarlig leder:

Rikke Boeriis Leth Mikkelsen

Afdeling og hospital:

Karkirurgisk afdeling, Aarhus universitetshospital

Navn:

Rikke Boeriis Leth Mikkelsen

E-mail:

rikkejse@rm.dk

Telefonnummer:

+45 52 50 71 52

Starttidspunkt for initiativet:

2021-09-01

Baggrund for initiativet:

- Resultater fra forskningsprojekt foretaget på Karkirurgisk afdeling viste, at nogle patienter i kontrolforløb for udposning på legemspulsåren har behov for at kunne tilgå (den rigtige) viden mellem deres kontroltider.
- Dét løser den digitale forløbsguide, hvor patienten har mulighed for at tilgå information, når det giver mening for dem. Derudover kan de se de små videosekvenser sammen med pårørende, da det kan være svært for patienten at gengive, hvad der er blevet sagt til den ambulante kontrol.
- På videoerne optræder personale (sygeplejersker, læger) fra afdelingen. Det giver en tryghed for patienten at se, hvem de møder til den ambulante kontrol.
- I den digitale forløbsguide er der ligeledes mulighed for at patienterne kan skrive til afdelingen med spørgsmål, bekymringer eller lign. Spørgsmålene bliver besvaret af en lille gruppe af sygeplejersker, så der opnås et godt kendskab til den enkelte patient.
- Sygeplejerskerne tjekker dagligt om der er nye beskeder, så patienterne kan forvente et hurtigt svar. Det skabe en stor tryghed i patienternes forløb og vi får fat i nogle patienter, der ellers ikke ville tage kontakt til afdelingen, men som vil gå med bekymringer og spørgsmål for sig selv. Målgruppen er patienter med udposning på legemspulsåren. Erfaringen er at målgruppen deler den med pårørende, men dette betragtes som en sidegevinst.

Initiativets nyskabelse:

- Den digitale forløbsguide er nyskabende fordi den skaber tryghed og løfter kvaliteten for patienter samt øger arbejdsglæden for de ansatte på hospitalsafdelingen, der understøttes i deres professionelle virke. Forløbsguiden minder for patienten om at have hospitalet i lommen 24/7.
- På Emento platformen, administrerer og udvikler klinikerne selv alt indhold til forløbsguiden. Det har betydning for kvaliteten af indholdet, hvor effektivt patienterne introduceres til forløbsguiden samt i hvor høj grad, afdelingen vælger at bruge indsigterne om patienternes behov

og nytte af indholdet til at skabe yderligere forbedrende forandring eksempelvis i forhold til arbejdsgangene, der knytter sig til patientkontakten.

Implementering og brug af initiativet:

Initiativet er implementeret og er dagligt i brug. Personalet i Karklinikken har deltaget i en workshop, hvor patientforløbet blev struktureret i tid og derefter designet. Personalet har været med til at definere indholdet i den digitale forløbsguide og flere optræder på videoerne. Det har gjort implementeringsprocessen nem, da personalet hurtig så værdien i initiativet og desuden kender al indholdet.

Værdiskabelse:

- Initiativet skaber værdi for patienterne, da den afhjælper et behov for viden undervejs i sit forløb og kontakt med afdelingen. Det skaber stor tryghed i patienternes forløb. Forløbsguiden er lige ved hånden. De får den rette viden, i et format, der fremmer forståelsen, på et tidspunkt, der er relevant for dem ift. hvor de befinder sig i deres forløb. I modsætning til indkaldelsesbreve o.l., hvor al information kommer på én gang. Og de ved, hvor de kan søge hjælp til spørgsmål og bekymringer på en nem måde.
- Initiativet anses som værdifuldt for personalet, da de kan se, hvilken forskel det gør for patienterne. Selve processen med at udarbejde indholdet til den digitale forløbsguide har været kompetenceudviklende for personalet. Ved hjælp af workshop er selve patientforløbet gennemgået og her er afdelingen blevet klogere på, hvordan og hvad vi kommunikerer til patienterne.

Dokumentation af initiativets værdi:

Patienterne har mulighed for at evaluere den digitale forløbsguide inde i guiden, det har flere patienter benyttet sig af. Der er meget flotte evalueringer og disse er vist til personalet, for at sikre de forstår værdien for patienterne.

Mulighed for at sprede initiativet:

Den digitale forløbsguide kan bruges til alle typer af patientforløb, af alle hospitalsafdelinger, og kræver ikke et stort teknisk set-up eller IT know how. Afhængig af, hvilke ressourcer, afdelingen kan tilsidesætte til at komme igang, kan et forløb bygges på få uger og straks tildeles patienter. Hele denne del kræver ingen indblanding fra IT-afdelingen.

Indstilling 44: Skitur for Børn & Unge med Diabetes

Titel på initiativet:

Skitur for Børn & Unge med Diabetes

Ansvarlig leder:

Annie Ellermann, Cheflæge

Afdeling og hospital:

Børne- & Unge-afdelingen Holbæk Sygehus

Navn:

Annie Ellermann

E-mail:

aee@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 24 92 07 93

Starttidspunkt for initiativet:

2022-03-19

Baggrund for initiativet:

- At børn og unge med insulinkrævende diabetes får større indsigt og bevidsthed om deres kroniske sygdom og flytte grænser for hvad de selvstændigt kan mestre.
- Diabetes teamet arbejder fagligt for at børn/unge kan mestre egenomsorgen og dermed bliver mere selvstændige tage eget ansvar for behandlingen. Det giver dem større tryghed og muligheder i dagligdagen, så de f.eks. også bliver i stand til at rejse ud i verden ligesom alle andre unge.
- Få bedre kendskab til reguleringen af deres diabetes i forbindelse med motion, som er en vigtig faktor i diabetesreguleringen.
- Mere selvstændigt vurdere insulinbehov i forhold til anderledes kost og hård motion.
- Give børn og unge med diabetes mulighed for at lave netværk med andre som har samme sygdom, Dette netværk styrkes efterfølgende i diabetes ambulatoriet når de ses til gruppe-konsultationer.

Turen/kurset blev igangsat for at styrke børn og unges egenomsorg samt give dem mulighed for netværk og sparring med andre i samme situation

Målgruppen for initiativet:

Børn og unge mellem 10 og 20 år med insulinkrævende diabetes, der er tilknyttet Børne- & Unge-ambulatoriet i Holbæk. Hvert år er der mellem 25-30 børn/unge som deltager.

Initiativets nyskabelse:

Selvom initiativet har fungeret i en årrække vil vi mene at det er nyskabende. Der eksisterer ikke lignende tilbud i Danmark andre steder, på trods af at det opleves som et ønske flere steder.

Turen/kurset udvikles løbende så det tilpasses deltagernes behov fx i takt med mere kompliceret teknisk behandlings-udstyr, måling/overvågning om natten mv.

Der er daglig læring i relation til BS og ændring i pumpeindstillinger i forhold til det høje aktivitets niveau, samt kulhydrat tælling i forhold til (Udenlandsk) kost.

Implementering og brug af initiativet:

Der er oprettet en "Støtteforening for (astma- og) diabetesbørn ved Holbæk Sygehus" som arbejder målrettet med at søge legater og fonde om tilskud til turen. Derudover er der en egenbetaling pr deltager på ca 3500 kr. På den måde er det indtil videre lykkedes at finansiere turen. Det er diabetes teamet fra Holbæk Børne-og ungeafdeling samt frivillige der deltager på ski turen. Det er ildsjæle som arbejder løbende gennem året med at arrangere alt det praktiske, som skal fungerer for at turen bliver udbytterig. Når børn og familier kommer her i grupper taler vi og de børn, der før har været med om hvad en sådan tur giver, både på selve turen og det netværk der dannes efterfølgende. Vi taler også med familierne om hvordan de kan bruge denne uge til hjemme at holde fri fra diabetes og måske tage sig endnu mere af deres andre børn.

Værdiskabelse:

Som diabetes team oplever vi hvert år, at der er børn som ikke har deltaget i skole udflugter, lejrskoler el.lign.- grundet egen eller forældres frygt for blodsukker udsving.

Udpluk af udtalelser efter skituren 2022:

Merete - mor til Albert:

Stabilt blodsukker en hel uge 😊

Som hvilken som helst anden lejr tur vokser børn af at være væk hjemmefra.

Albert har ikke prøvet at være væk hjemmefra i en hel uge før, så for os, var det at han var afsted med andre som har diabetes, og samtidig læger og personale som ved hvad diabetes er og hvordan det skal behandles, en virkelig god og tryk måde at vi som familie kunne slippe det her hjemme. Det kan man ikke få andre steder. Jeg håber virkelig det kan blive til noget også fremover.

Albert (14 år):

Det jeg har fået ud af at være på ski med diabetesambulatoriet er et virkeligt godt fællesskab. Jeg kendte kun én inden jeg tog afsted, men allerede efter 2 timer havde jeg fået mange nye venner.

Man ser hinanden hele dagen og alle skal måle blodsukker, og ved hvordan det er når det er højt eller lavt, og man kan hjælpe hinanden.

Personalet gør alt for at hjælpe, og det er både trygt og en god læring at de er med, også hvis man er ked af det og skal have hjælp til noget.

Man får også tips af hinanden, som man ellers ikke ville få. Det har været en mega god og sjov tur, og en positiv ting at se frem til.

Dokumentation af initiativets værdi:

Der er ikke lavet nogle kvalitative eller kvantitative studier på initiativet. Vi oplever at børnene og de unge drager stor nytte af det netværk og relationer de skaber på turen. I ambulatoriet ses børn og unge i grupper hvor de bygger videre på de gode relationer og er trygge ved at erfaringsudveksle. Vi oplever at børnene og de unge opbygger socialt netværk, som de har glæde af mange år frem. Nogle af de unge der bliver voksne ønsker stadig at deltage i turen (egen betaling), de fungerer fint som rollemodeller. Behandler-teamet angiver også stort udbytte af turen. Der skabes en anden kontakt til børnene og de unge som styrker behandler-relationen fremover. Vi forstår på en anden måde børnenes hverdag og hvilke udfordringer de står i dagligt. Vi får indblik i diabetes-behandling på tættest hold og kan bruge disse erfaringer i vores daglige praksis.

Mulighed for at sprede initiativet:

Umiddelbart er der ingen barriere for at initiativet kan implementeres andre steder, men det kræver lysten til at planlægge og arrangere turen med alt hvad det indebærer. Økonomisk kræver det dels støtte fra fonde eller andre udefrakommende midler og dels egenbetaling fra familierne.

Praktisk planlægning af selve rejsen er tidskrævende og kræver overblik og vilje til at gøre en ekstra indsats.

Indstilling 45: Hjemmebehandling til patienter med Myelomatose

Titel på initiativet: Hjemmebehandling til patienter med Myelomatose

Ansvarlig leder:

Sygeplejerske Jeanette Møller, sygeplejerske Pia Lundfald, sygeplejerske og koordinator for hjemmebehandling Mona Albrechtsen, forskningsleder Mette Kjerholt og oversygeplejerske Britta Schack

Afdeling og hospital:

Hæmatologisk afdeling, afsnit M, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Navn:

Britta Schack

E-mail:

brls@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 47 32 48 80

Starttidspunkt for initiativet:

2020-09-01

Baggrund for initiativet:

- Opfylde Kræftplan IV om at give behandling i eller tættere på patientens hjem
- Opfylde "Sundhedsaftalen i Region Sjælland 2019-2023"
- Opfylde flere patienters ønske om at få behandling i eget hjem og derved begrænse tiden til, fra og i ambulatoriet
- Motivere og empower patienterne til at tage ansvar for og del i egen sygdom
- Udvikle sygeplejens faglige, klinisk og udviklingsmæssige kompetencer
- Lave en organisatorisk ændring, så der skabes mere plads og tid i ambulatoriet til dem, som reelt har behov for at komme
- Opbygge og udbygge et tæt samarbejde med primærsektoren om at sikre gode patientforløb og derved gøre det bedste for patienterne/borgerne

Målgruppen er patienter med Myelomatose, hvor den gennemsnitlige levetid er 7-8 år fra diagnostidspunktet samt de hjemmesygeplejersker, der kommer hos den respektive patient.

Initiativets nyskabelse:

- Hjemmebehandling til patienter med Myelomatose er ikke noget, der tidligere har eksisteret, da denne patientgruppe ofte er blevet anset for kompleks, for gammel, for svært og for lille en gevinst. Hæmatologisk afdeling i Roskilde er den første og mest førende Hæmatologiske afdeling i Danmark til at give hjemmebehandling til patienter med Myelomatose.
- Initiativet og konceptet er lavet sammen med 2 patienter. De og deres pårørende var med i hele planlægningsfasen, de var også med til at udfærdige alt skriftligt informationsmateriale.
- Hjemmebehandling givet af hjemmesygeplejersker har altid været meget udfordrende, da Sundhedsplatformen ikke havde denne funktion, hvorfor en given behandling ikke kunne lægges i FMK. Men det ønskede vi at lave om på og derved også bane vej for, at andre behandlinger kunne gives i eget hjem af hjemmesygeplejersker eller patienten selv.

- Det er en ny måde at have patienter på. Hvor de før kom 1-2 gange hver uge, kommer de nu 1 gang hver 4. uge. Det betyder, at relationen er anderledes, da den er mere på afstand, men den skal stadig være ligeså god og høj ift. kvalitet.

Implementering og brug af initiativet:

- 4 spl. og 2 pt. begyndte i starten af 2019 at undersøge, om det var muligt at få behandling i eget hjem. Det resulterede i et større udviklingsprojekt, som varede ca. 1½ år. I tæt samarbejde ml. pt., pårørende og spl. blev der udfærdiget undervisningsmateriale, patientinformationer m.m. 11 pt. blev oplært i at modtage behandling i eget hjem - enten håndterede de selv behandlingen eller også kom der en hjemmespl. og gav behandlingen -.
- To kommuner deltog i projektet. 3-4 hjemmespl. i hver kommune blev oplært i at håndtere behandlingen ude hos pt..
- Projektets data viste, at livskvalitet, sikkerhed og compliance var høj samt at det gav mere plads i ambulatoriet for de pt., som reelt havde for at komme til behandling i ambulatoriet. Derfor blev hjemmebehandling til pt. med Myelomatose implementeret som standard behandling fra september 2020 og er i dag en stor succes.
" ... jeg var glad for det, det var jeg. Og følte jeg var selv med til at helbrede noget af min sygdom. " [Patient]

Værdiskabelse:

Hjemmebehandling til patienter med Myelomatose har stor værdi. Patienterne efterspørger det. De er rigtig glade for at slippe for køturen - for nogle 160 km – og for at skulle lede efter en parkeringsplads.
" ... en stor lettelse at slippe for de lange køture. Far har mere overskud når alt foregår hjemme. "

[Pårørende]

Pt. fortæller, at de har mere livskvalitet, da de nu selv kan bestemme over deres tid og føler, at de igen bestemmer over deres sygdom og ikke omvendt.

" ... jeg var glad for det, det var jeg. Og følte jeg var selv med til at helbrede noget af min sygdom. " [Patient]

Der har ikke været flere indlæggelser og når en pt., der modtager hjemmebehandling bliver indlagt, spørger de til muligheden for at håndtere behandlingen selv under indlæggelse.

Flere pårørende fremhæver betydningen af, at behandling kan gives hjemme i "trygge rammer" og med færre hospitalsbesøg:

"Jeg er sikker på, at det har givet min far mere livskvalitet. At han ikke skulle føle sig så syg, som han måske er. " [Pårørende]

Personalet, såvel spl., lægerne, lægesekretærer som hjemmespl., giver alle udtryk for, at initiativet giver rigtig god mening, da det har en stor betydning for pt.

Læger og spl. er meget proaktive ift. at tilbyde pt. hjemmebehandling.

" ... Lige så snart mine pt. får nys om hjemmebehandling, så står de i kø for at få samme ordning ... " [Læge]

" ... mht. booking er det meget lettere ikke at skulle finde fysiske fremmødetider, men "bare" at skulle booke til frigivelse af hjemmebehandling. Det har helt sikkert givet luft til andre patienter. " [Sekretær]

Ved problemer ift. en aktuell hjemmebehandling er personalet meget løsningsorienteret, f.eks. tilbyder de at køre hjem til en patient, hvis der er udfordringer med leveringen.

Dokumentation af initiativets værdi:

Vi dokumenterer den kvalitative værdi ved at lytte til, hvad patienterne fortæller om det at modtage hjemmebehandling. Vi dokumenterer den økonomiske værdi ved at registrere behandlinger, der går tabt og i så tilfælde undersøge og analysere, hvorfor. Vi dokumenterer om der er flere indlæggelser. Vi vil måske kunne dokumentere, om patienterne lever længere, da vi har mange data samt har mulighed for at se på både dem, som får hjemmebehandling og dem, som ikke får hjemmehandling. Men der er mange parametre man skal være opmærksom på i sådan et studie.

Mulighed for at sprede initiativet:

- Efter projektets afslutning blev der udfærdiget en projektrapport. Den og alt undervisningsmateriale til såvel patienter, som sygeplejersker og hjemmesygeplejersker er delt med Hæmatologisk afdeling på Rigshospitalet, Odense, Aalborg og Århus universitetshospital.
- Vi har deltaget på nationale konferencer, hvor projektet er blevet præsenteret med en poster og en stand, hvor alle nysgerrige har kunnet komme og få svar på undren eller spørgsmål.
- 2 sygeplejersker har deltaget i en temaaften om hjemmebehandling afholdt af patientforeningen for patienter med Myelomatose.
- Resultaterne fra projektet er præsenteret i en faglig artikel i tidsskriftet "Fokus på kræft og sygepleje".
- Til april 2023 skal forløbskoordinator for hjemmebehandling og oversygeplejerske holde oplæg/foredrag om organisering og den patientoplevede værdi af hjemmebehandling på en national conference.
- Til juli deltager vi på ICN kongres, hvor vi har fået optaget en poster om hjemmebehandling. Vi har en drøm om at etablere et nationalt netværk om hjemmebehandling, som sagtens vil kunne rumme alle tænkelige specialer, som har hjemmebehandlinger.
- Der er ingen sundhedsfaglige eller patientrelateret barrierer. Men på sigt kan en strukturmæssig barriere blive at få medicinen transporteret hjem til patienten ift. hvem der skal afholde de økonomiske udgifter.

Indstilling 46: Ikaros

Titel på initiativet:

Ikaros

Ansvarlig leder:

Klinik for Bipolar Sygdom, Afdeling for Depression og Angst, Psykiatrien, Region Midt, og Unge, Job og Uddannelse (UJU), Jobcenteret, Kalkværksvej, Aarhus Kommune.

Afdeling og hospital:

Klinik for Bipolar Sygdom, Afdeling for Depression og Angst, Psykiatrien, Skejby, og Ungecentret Kalkværksvej i UJU, Jobcenteret, Aarhus Kommune. Klinik for bipolar Sygdom, har afsat 1 medarbejder 1 dag ugentlig til at indgå som den regionale partner i samarbejdet med Aarhus Kommune. Funktionsleder, teamkoordinatorer og øvrige medarbejdere fra Klinik for Bipolar Sygdom inddrages løbende. UJU har inden for den eksisterende økonomiske ramme prioriteret en projektkoordinator/tovholder svarende til 1½ dag om ugen. Desuden skal medregnes ekstra træk på medarbejderressourcer (udvalgte uddannelses-/ jobkonsulenter) med et merforbrug på 1 dag om ugen (estimat). UJU arbejder på at nedsætte en følgegruppe til projektet på tværs af Region, Kommune, Civilsamfund, brugerorganisationer bl.a. Sind og erhvervsliv. Følgegruppen skal følge og give input til det konkrete samarbejde samt danne basis for et strategisk samspil om at få flere psykisk sårbare unge tættere på job og uddannelse.

Navn:

Helle Væver

E-mail:

helvae@rm.dk

Telefonnummer:

+45 21 15 44 78

Starttidspunkt for initiativet:

2020-01-01

Baggrund for initiativet:

Pr. 1.1.2021 er der etableret et intensiveret 2-årigt behandlingstilbud til borgere med nydiagnosticeret bipolar lidelse, TIBIS. Tilbuddet er forankret i Klinik for Bipolar Sygdom, Afdeling for Angst og depression, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien. Som følge heraf er Projekt Ikaros etableret.

I den forbindelse har Psykiatrien i foråret 2020 taget initiativ til et samarbejde om koordinering af psykiatrisk behandling og uddannelses- og beskæftigelsesrettede indsatser for unge med bipolar lidelse. Der har løbende været afholdt samarbejds møder. Ikaros er rettet imod unge i aldersgruppen 18-29 år, der er nydiagnosticeret med bipolar affektiv sindslidelse eller manisk enkelt episode, og som har brug for offentlig forsørgelse. Det forventes, at den unge er et sted i behandlingsindsatsen, hvor det er meningsgivende i en eller anden grad at orienterer sig mod uddannelse og arbejde. Forventningen er, at målgruppen for samarbejdet er 60-80 unge om året. I efteråret 2022 er Ikaros blevet permanent og skal fremover være en fast samarbejdsmodel mellem Klinik for bipolar Sygdom og Ungecenteret.

Initiativets nyskabelse:

- Som "fremskudt medarbejder" og bisidder for de unge i Ungecenteret på Kalkværksvej, og på Uddannelsessteder og i virksomheder, er tilgangen tydelig.

Og der arbejdes med at:

- den unge tager del i eget liv, med en ny diagnosticeret bipolar lidelse og kan se fremtidsmuligheder i forhold til uddannelse og job
- den unge skal opleve en mere sammenhængende indsats mellem psykiatrien og jobcenteret
- den unge inddrages i en sammenhængende indsats for at koordinere en individuel behandlings- og beskæftigelsesplan
- fremme den unges mulighed for at udvikle sig i et mere optimalt tempo med færre (sygdoms)afbrud og følelse af nederlag
- den unge arbejder mod mulighed for at opnå hel- eller delvis selvforsørgelse gennem job og/eller uddannelse

Implementering og brug af initiativet:

Ikaros er bl.a. implementeret ved at undertegnede er "fremskudt medarbejder" i Ungecenteret 1 dag om ugen. Det er med til at støtte, og skabe sammenhæng og tryghed, for de unge, i deres forløb i Klinik for Bipolar Sygdom og Ungecenteret, og det at komme i job og/eller uddannelse. Er med til at rekruttere unge til projektet sammen med medarbejdere i Klinik for Bipolar Sygdom og medarbejdere i Ungecenteret. Underviser medarbejdere i Ungecenteret i Bipolar Affektiv Sindslidelse og Kognitiv Remediering. Er med til at øge viden og sparring ift. ungecenterets medarbejdere, og medarbejdere i Klinik for Bipolar Sygdom, og dermed at øge viden om og indsigt i de kommunale og regionale politisk styrede systemer. Er også med til at bygge bro på tværs af disse, til gavn for de unge, bl.a. ved at smidiggøre kommunikationsvejene.

Har godt kendskab til den enkelte ung i projektet ift. at skabe realistiske mål indenfor job og uddannelse. Har "kort vej" til både behandlere i klinikken og konsulenter.

Værdiskabelse:

I forbindelse med evaluering er 5 unge spurgt om i hvilken grad de oplever at samarbejdet mellem jobcenteret og psykiatrien er med til at skabe overblik for dig ift. job eller uddannelse og svaret er gennemsnitlig 4,4 (vurderet fra 0-5 hvor 5 er højest), de vurderer samarbejdet til at bidrage til et godt liv for den enkelte til 4,6, de oplever at der tages hensyn til deres ønsker og behov i samarbejdet med psykiatrien og Jobcenteret ved møderne til 4,4, de oplever at samarbejdet påvirker deres livskvalitet i hverdagen til 4 og de vurderer værdien for samarbejdet med psykiatri og Jobcenter på samme tid til 4,6. De unge vurderer at Ikaros er med til at skabe en helhed mellem psykiatrien og jobcenteret i deres vej til job eller uddannelse. De bidrager også med perspektiver ift. det fremadrettede, såsom samtaler med medarbejder fra psyk. – Helle, før møde med jobkonsulent, at der skal gøres mere opmærksom på indsatsen. Sagsbehandlerne fra jobcenteret, vurderer i deres evaluering at samarbejdet med psykiatriens medarbejder, Helle, har givet god faglig sparring i forhold til løsning for den enkelte unge, inddragelse af Helles faglige viden i forståelse af de unges udfordringer i forhold til deres psykiske sygdom og indlæggelse. Det vurderes også at mulighederne i Ikaros ikke er fuldt udforsket endnu i samarbejdet omkring hver enkelt unge. Fortsættelse af Ikaros, er i tråd flere af initiativerne i Psykiatriens 10 års plan.

Dokumentation af initiativets værdi:

Netop dokumentation er en af vores udfordringer da vi arbejder i forskellige systemer. Indtil november 2022: - 11 ud af 48 visiterede til Ikaros (som er i uddannelsesforløb) er kommet i job eller uddannelse. Der er 4 ud af de 11 der er kommet i job eller uddannelse er afsluttet i psykiatrien. - Ikaros har ikke en "kontrolgruppe" og det kan derfor ikke konkluderes at Ikaros har været afgørende for dette, men - de unge vurderer at Ikaros er med til at skabe en helhed mellem psykiatrien og jobcenteret i deres vej til job eller uddannelse. De bidrager også med perspektiver ift. det fremadrettede, såsom samtaler med medarbejder fra psyk. – Helle, før møde med jobkonsulent, at der skal gøres mere opmærksom på indsatsen - Sagsbehandlerne fra jobcenteret, vurderer at samarbejdet med psykiatriens medarbejder, Helle, har givet

god faglig sparring i forhold til løsning for den enkelte unge, inddragelse af Helles faglige viden i forståelse af de unges udfordringer i forhold til deres psykiske sygdom og indlæggelse. Det vurderes også at mulighederne i Ikaros ikke er fuldt udforsket endnu i samarbejdet omkring hver enkelt unge. - Fortsættelse af Ikaros, er i tråd flere af initiativerne i Psykiatriens 10 års plan.

Mulighed for at sprede initiativet:

Vi vil arbejde for at:

- undersøge om IKAROS og TIBIS kan fusioneres yderligere, og om der kan formuleres et forskningsprojekt.
- at TIBIS og Ikaros arbejdes ind som en del af den nationale 10 års plan, med fokus på unge og tværsektorielle indsatser. Og dermed danne fælles platform for andre f.eks unge med depression, angst m. v.
- få defineret data og lavet tilgængelige BI-rapporter sammen med en kvalitativ del ift. relation og livskvalitet ift. en samlet indsats.
- at indsatsen bliver en del af IPS-indsatsen i Psykiatrien.
- få samarbejdet med andre projekter ift. erfaringer og videndeling f.eks. Morfeus for borgere med skizofreni i AFP.
- ønske om at IKAROS og TIBIS understøttes ressourcemæssigt, så indsatserne fortsætter, mens den fremtidige plan defineres mere præcist, for derved ikke "at tabe" de unge og de voksne i begge projekter.
- vi ønsker at videregive vores erfaringer til andre afdelinger, andre regioner, kommuner og i det hele taget andre samarbejdspartnere.

Indstilling 47: Internetpsykiatrien

Titel på initiativet:

Internetpsykiatrien

Ansvarlig leder:

Center for Digital Psykiatri, Psykiatrien i Region Syddanmark

Afdeling og hospital:

Center for Digital Psykiatri, Psykiatrien i Region Syddanmark

Navn:

Ulla Damgaard-Sørensen

E-mail:

uds@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 40 38 34 74

Starttidspunkt for initiativet:

2013-01-01

Baggrund for initiativet:

Internetpsykiatrien startede som et demonstrationsprojekt i 2013 som en del af den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin. Formålet med projektet var at afprøve brugen af psykologstøttet internetbaseret psykiatrisk behandling til patienter med let til moderat depression. Projektet blev igangsat på baggrund af gode internationale erfaringer, som viste, at internetbaserede behandling kan nå en gruppe af patienter, der ellers ikke henvender sig til praktiserende læge og indgår i et behandlingsforløb. Dertil muliggør internetbaseret behandling en øget behandlingskapacitet, hvilket imødekommer manglen på speciallæger i psykiatrien og den stigende efterspørgsel på psykiatrisk behandling.

Selve demonstrationsprojektet havde stor succes og Internetpsykiatrien blev i 2015 gjort til et fast tilbud for borgere i Region Syddanmark over 18 år. På baggrund af de gode erfaringer i Region Syddanmark blev behandlingen i 2018 udrullet nationalt i et 2-årigt pilotprojekt. Siden starten af 2021 er Internetpsykiatrien blevet videreført som en national, fællesregional aftale.

Målgruppen for Internetpsykiatriens behandlingstilbud er borgere over 18 år, der lider af let til moderat depression eller angst (socialfobi, agorafobi, enkelfobi og panikangst), som har tid og overskud til at arbejde selvstændigt med behandlingen.

Initiativets nyskabelse:

Internetpsykiatriens behandling er nyskabende på flere måder. Behandlingen er baseret på selvhenvendelse, hvor patienten selv opsøger og ansøger om behandling hos Internetpsykiatrien. Herefter vurderes deres ansøgning, hvor de inviteres til en udredende videosamtale med en psykolog, hvis de er i målgruppen for behandlingen. Hvis psykologen under samtalen vurderer, at behandlingen vil være relevant for den enkelte patient, så får patienten adgang til en online behandlingsplatform. Heri arbejder patienten selvstændigt med en række behandlingstrin, som formidler værktøjer og viden, der kan hjælpe den enkelte

patient med at håndtere deres angst eller depression bedre. Selve behandlingen kan derfor følges af patienten ud fra, hvor og hvornår det passer den enkelte bedst. Under behandlingsforløbet, på op til 12 uger, støttes patienten løbende skriftligt af en psykolog, som sikrer at patienten er på rette kurs.

Behandlingen er derved udelukkende internetbaseret, hvor vi kan tilbyde gratis behandling, som er lige så effektiv som konventionel terapeutbaseret behandling. I og med, at behandlingen er online, kan vi også tilbyde en øget fleksibilitet til patienten, hvor de ikke skal konfronteres med situationer, som normalt vil afholde dem fra at søge behandling. Herved kan vi nå en gruppe af patienter, som eller ikke ville få behandling eller alternativt kommer for sent i behandling.

Implementering og brug af initiativet:

Internetpsykiatrien er implementeret og permanentgjort nationalt gennem en fællesregional aftale, hvor klinikken er forankret organisatorisk i Region Syddanmark ved Centret for Digital Psykiatri, som står for driften. Der er etableret dedikerede arbejdsgange og en organisering med ledelse, administration og en medarbejderstab af psykologer, som varetager den daglige drift. Den samlede medarbejderstab for Internetpsykiatrien består af 14 ansatte, som i 2022 tilbød over 2.200 udredende videosamtaler med patienter fra hele landet.

I daglig praksis indebærer driften en gennemgang af indkomne ansøgninger, hvor et screeningsteam læser alle ansøgninger for at afgøre om den enkelte patient er i målgruppen for behandlingen. Dertil foretages der udredende videosamtaler af patienter i målgruppen, hvor det vurderes om patienten lever op til inklusionskriterierne for behandlingen. Patienter, som tilbydes behandling støttes skriftligt af en psykolog via den online behandlingsplatform.

Værdiskabelse:

Internetpsykiatriens behandling skaber en stor værdi for den enkelte patient, som kan modtage gratis behandling af deres angst eller depression med kort ventetid. Der er under 30 dages ventetid for at komme til en udredende videosamtale med en psykolog, hvorefter man umiddelbart kan få adgang til den online behandlingsplatform. Behandlingen er derfor let tilgængelig, hvor man nemt selv kan ansøge om behandling, uden henvisning og med hurtig opstart.

Vigtigst af alt, så får patienten hjælp til at håndtere deres angst / depression. En tidligere patient formulerer det således:

"Jeg har helt sikkert fået en masse hjælp og værktøjer til ikke bare at arbejde med min angst, men også til at forstå og acceptere den. Jeg føler, at jeg er blevet mere bekendt med og komfortabel i min angst og at det er en del af mig, samtidig med at jeg også kan arbejde med den og undgå at lade den begrænse mig."

En anden stor værdi ligger i behandlingens fleksibilitet, hvor behandlingen kan opstartes og følges fra hjemmets vante og trygge rammer. Man har som patient derfor mulighed for at indordne behandlingen ud fra, hvor og hvornår det passer bedst ind i den enkeltes hverdag og tilværelse. Den fleksibilitet gør også, at man kan opleve et mindre pres ved internetbaseret behandling end konventionel behandling, hvor man kan sidde derhjemme i ro og mag og arbejde med behandlingen.

Via den udredende videosamtale modtager patienten en afdækning af deres behandlingsbehov, uafhængigt af om de tilbydes efterfølgende behandling hos Internetpsykiatrien. Det har bl.a. medført, at 96% føler sig set og hørt af psykologen under den udredende videosamtalen. Dertil finder 87% af Internetpsykiatriens patienter det sandsynligt, at de vil anbefale behandlingen.

Dokumentation af initiativets værdi:

Internetpsykiatrien startede som et demonstrationsprojekt, hvor fokus var på at evaluere og dokumentere initiativets værdi i forhold til at kunne hjælpe og behandle borgere med angst og depression. Værdien af initiativet er derfor løbende blevet evalueret og dokumenteret både internt og eksternt for at sikre, at Internetpsykiatrien leverer en effektiv behandling af høj kvalitet til den enkelte patient. Som en del af denne dokumentation er der lavet flere kliniske studier, som har evalueret og dokumenteret den kliniske effekt af Internetpsykiatriens behandling. Dertil blev der lavet en større ekstern evaluering af Internetpsykiatrien i 2018 som opfølgning på demonstrationsprojektet, som dokumenterede, at internetbaseret behandling kan indgå som et meningsfuldt supplement til de nuværende behandlingsmuligheder. I 2022 har Internetpsykiatrien også udført en intern brugertilfredshedsundersøgelse med 154 ansøgere til tilbuddet. Undersøgelsen evaluerede deres oplevelse af ansøgningsprocessen, og mødet med Internetpsykiatrien for at indhente eventuelle forbedringsforslag. Undersøgelsen viste, at brugerne havde nemt ved ansøgningsprocessen, og at de var tilfredse med den tilbagemelding de modtog, uafhængigt af om de blev tilbudt behandling eller ej. De patienter, der blev inviteret til en udredende videosamtale følte sig set og anerkendt af psykologen. Som en del af den interne kvalitetssikring udfylder patienter i behandling løbende spørgeskemaer og ved afslutning af behandling. Derudover udsendes der et opfølgende spørgeskema til alle patienter 3. måneder efter endt behandling. Herigennem evalueres behandlingen, set fra den enkelte patients perspektiv, og hvorvidt de har oplevet en bedring af deres lidelse. Brugertest er også en vigtig del af Internetpsykiatrien praksis, hvor behandlingsprogrammerne og øvrigt materiale brugertestes ved større opdateringer, så det sikres, at løsningen imødekommer brugernes behov.

Mulighed for at sprede initiativet:

Internetpsykiatriens behandlingstilbud er skalerbart og kapaciteten er vokset signifikant siden opstarten i 2013. Den online behandlingsplatform, kan håndtere markant flere patienter, så længe at der er psykologer nok ansat til udredende videosamtaler og skriftlig støtte af patienterne.

Erfaringer fra udlandet viser, at internetbaseret terapibehandling også kan være en effektiv behandlingsform til mange andre psykiske lidelser, ud over angst og depression. Der er derfor et stort potentiale i at udvide og sprede de erfaringer, som Internetpsykiatrien har gjort sig til andre målgrupper, diagnoser og kompleksiteter inden for psykiatrien og det øvrige sundhedsvæsen.

Arbejdet med at udvide Internetpsykiatrien til andre diagnoser og målgrupper er allerede i gang, hvor vi bl.a. er ved at undersøge og afprøve mulighederne for internetbaseret behandling af unge med angst.

En anden mulighed for at udbrede behandlingen, som også undersøges, er at tilbyde behandlingen uden psykologstøtte, hvor mindre komplekse patienter kan tilbydes adgang til behandlingsprogrammer, så de selvstændigt kan arbejde sig igennem behandlingen.

Indstilling 48: Samtaler om komplementær alternativ behandling i et kræftbehandlingsforløb

Titel på initiativet:

Samtaler om komplementær alternativ behandling i et kræftbehandlingsforløb

Ansvarlig leder:

Lars Henrik Jensen, cheflæge

Afdeling og hospital:

Onkologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt

Navn:

Mette Stie

E-mail:

mette.stie@rsyd.dk

Telefonnummer:

+45 22 78 24 52

Starttidspunkt for initiativet:

2019-04-19

Baggrund for initiativet:

Formålet med initiativet er at tilbyde patienter og evt. deres pårørende åbne, anerkendende og professionelle samtaler med vejledning om sikker og sundhedsfremmende brug af KAB samtidig med, at de modtager onkologisk behandling.

Initiativet blev igangsat, fordi mange patienter med kræft supplerer onkologisk behandling med alternative midler og metoder som fx akupunktur, urter og mindfulness. Patienterne er imidlertid tilbageholdende med at fortælle eller spørge læger og sygeplejersker om disse muligheder. De sundhedsprofessionelle spørger ikke systematisk ind til og mangler viden i forhold til at vejlede patienterne om KAB. Patienterne får dermed hverken vejledning om de metoder, der kan afhjælpe symptomer og bivirkninger, eller om at nogle midler bør undgås fordi de modvirker den onkologiske behandling eller i sig selv er skadelige.

Initiativet indebærer, at alle patienter i onkologiske behandlingsforløb tilbydes samtaler med vejledning om KAB ved en specialuddannet sygeplejerske med en master i Integrative Medicine fra University of Arizona, USA. Med afsæt i patientens individuelle behov, præferencer, værdier, udfordringer, symptomer og problemstillinger er hun uddannet og trænet til på en åben og anerkendende måde at vejlede patienter og evt. deres pårørende om sikker og sundhedsfremmende brug af KAB.

Initiativets nyskabelse:

Initiativet om samtaler med vejledning om KAB som en integreret del af det onkologiske behandlingsforløb er nyskabende. Så vidt vi ved, er Onkologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt den eneste afdeling i Danmark, der tilbyder sådanne samtaler. Der er generelt ikke tradition for, at det etablerede sundhedsvæsen interesserer sig for patienters brug eller ønsker om brug af KAB på en ikke-dømmende og anerkendende måde. Ligeledes har konkret vejledning i brug af sikker og sundhedsfremmende KAB ikke tidligere været en integreret del af det danske sundhedsvæsens tilbud. Den hidtil manglende dialog om KAB har ført til, at patienter har været overladt til sig selv til at undersøge og afgøre om KAB kan hjælpe dem, med risiko for forringet patientsikkerhed, sundhed, livskvalitet og velvære. Implementering af samtaler med vejledning om KAB som en del af den etablerede onkologiske behandling imødekommer således et behov hos

patienterne, som tidligere ikke er blevet hverken anerkendt eller dækket. Endelig er implementering af samtaler med vejledning om KAB nyskabende på den måde, at det er en metode, hvorpå der kan drages omsorg for patienter og deres pårørende som hele mennesker med individuelle behov, ønsker, overbevisninger, udfordringer, problemer, præferencer og værdier.

Implementering og brug af initiativet:

Initiativet om samtaler med vejledning om KAB har først været en del af et forskningsprojekt, hvor samtalernes betydning for patienters helbred, livskvalitet og velvære er undersøgt.

På baggrund af forskningsresultaterne er samtaler med vejledning om KAB nu en integreret i det onkologiske behandlingsforløb. På nuværende tidspunkt afholdes ca. 5 samtaler pr. uge af en times varighed. Derudover er der telefontid 3 timer om ugen, hvor patienter og pårørende kan ringe direkte til den specialuddannede sygeplejerske. Samtlige tider er konsekvent booket ca. 2 måneder frem. Fastholdelse af implementering af samtalerne sikres ved oplæg på afdelingsmøder og ved information på afdelingens hjemmeside og i skriftlige patientinformationer. Foredrag i div. patientforeninger, sundhedsfaglige uddannelser og konferencer samt formidling i videnskabelige og faglige artikler er med til at fastholde implementeringen. Et nyt aktionsforskningsprojekt skal være med til at styrke implementeringen.

Værdiskabelse:

Initiativet om samtaler med vejledning om KAB som en integreret del af det onkologiske behandlingsforløb har skabt væsentlig værdi for patienter og deres evt. pårørende. Integrering af samtalerne betyder, at patienter og pårørende ikke længere er overladt til sig selv i forhold til at vurdere og afgøre, hvordan de kan anvende KAB på en sikker og sundhedsfremmende måde. Samtalerne betyder ligeledes, at patienterne ikke længere føler sig som uartige eller halvkriminelle patienter, fordi deres behov og ønsker i forhold til KAB anerkendes på en ikke-dømmende måde. Det giver patienterne lyst og mod til at tale åbent om deres brug eller ønsker om brug af KAB. Samtalerne har bidraget til, at patienterne får mulighed for at gøre noget selv i forhold til at fremme deres livskvalitet, håb og livsmod. Endelig er samtalerne værdifulde, fordi de giver patienterne en oplevelse af, at der drages omsorg for dem som hele mennesker.

Personalet anerkender initiativet som værdifuldt, fordi det imødekommer et behov hos patienterne, som personalet er meget bevidst om er tilstede hos patienterne, men som de selv har vanskeligt ved at imødekomme, fordi de ikke har den tilstrækkelige viden om KAB. Muligheden for at henvise til en ekspert (den specialuddannede sygeplejerske) i KAB har bidraget til, at personalet i højere grad spørger ind til patientens brug eller ønske om brug af KAB. Samtidig har initiativet bidraget til, at personalet har en større åbenhed og anerkendende tilgang til patienternes brug eller ønsker om brug af KAB.

Dokumentation af initiativets værdi:

Samtalernes værdi er dokumenteret ved hjælp af metodologisk forskellige studier; et systematisk litteraturstudie, et fase II, parallelgruppe, randomiseret forsøg samt et kvalitativt interviewstudie. Tilsammen har disse studier vist, at samtaler om KAB integreret tidligt i kræftbehandlingsforløbet lindrer patienternes oplevelse af skyld, mindsker angst, fremmer håb og livsmod og giver indre ro og selvtilid. Vejledning i lindring af symptomer og bivirkninger fra behandlingen samt til hvordan kroppen kan styrkes, er med til at mindske patienternes kvalme, depression, angst og psykisk stress og forbedrer deres fysiske formåen og emotionelle livskvalitet. Vejledningen fremmer ligeledes patienternes håb, livsmod, livsglæde og vitalitet. Især meget bekymrede patienter har gavn af samtaler om KAB tidligt i deres behandlingsforløb. Samtaler med vejledning om KAB forlænger muligvis også patienternes overlevelse. Initiativet om samtaler med vejledning om KAB dækker således ikke kun patienternes behov for at lindre fysiske symptomer, bivirkninger og behov, men bidrager i høj grad også til patienternes oplevelse af velvære og mulighed for at mestre og leve et godt liv. Samtalernes værdi dokumenteres fremadrettet ved hjælp af et randomiseret fase III studie, der specifikt undersøger betydningen af samtaler med vejledning om KAB for patienternes livskvalitet og velvære. Implementering af samtalerne evalueres løbende ved hjælp af opgørelse af

efterspørgsel på samt antal afholdte samtaler om KAB (fremmøde og telefon) samt gennem drøftelse af samtalernes indhold og målgruppe med en styregruppe for initiativet.

Mulighed for at sprede initiativet:

Initiativet om samtaler med vejledning om KAB er afgrænset til patienter i et onkologisk behandlingsforløb, men kan sandsynligvis også anvendes til patienter med kræft, der behandles kirurgisk eller hæmatologisk. Det må antages, at patienter med kræft – uanset behandlingsforløb- har brug for vejledning om sikker og sundhedsfremmende brug af KAB.

Betydningen af samtaler med vejledning om KAB for patienters helbred, livskvalitet og velvære er desuden undersøgt forskningsmæssigt, hvilket muliggør anvendelse af initiativet i andre specialer, der beskæftiger sig med patienter med livstruende og kronisk sygdom herunder f.eks. hjerte-kar-sygdom og multiple sclerose.

Barrierer for at sprede initiativet andre steder i sundhedsvæsenet er, at det for mange specialer, afdelinger og klinikker vil kræve kulturændring samt uddannelse af personale til at varetage samtaler med vejledning om KAB. En national uddannelse indenfor KAB til målrettet sundhedsprofessionelle vil sandsynligvis bidrage til, at disse barrierer brydes.

Indstilling 49: Klinik for Bækkenbundslidelser (KBL)

Titel på initiativet:

Klinik for Bækkenbundslidelser (KBL)

Ansvarlig leder:

Aarhus Universitetshospital

Afdeling og hospital:

Urinvejskirurgi

Navn:

Marianne Glavind-Kristensen

E-mail:

marglavi@rm.dk

Telefonnummer:

+45 30 71 47 48

Starttidspunkt for initiativet:

2018-10-01

Baggrund for initiativet:

Klinik for Bækkenbundslidelser (KBL) blev etableret med det formål at skabe en tværfaglig enhed for funktionsforstyrrelser i bækkenbunden. Et samarbejde mellem Analfysiologisk Klinik, Center for Vandladningsforstyrrelser, Urogynækologisk Klinik, Børn og Unge samt Fysio- og Ergoterapi blev etableret for at sikre tværfaglig, højt specialiseret behandling af patienter med funktionsforstyrrelser tilhørende mere end ét grespeciale. Visionen var – og er-, at KBL er en "one-stop-shop", som sikrer samling af patienternes parallelle forløb til ét koordineret forløb. Patienterne undgår derved at skulle cirkulere rundt mellem forskellige "eksperter", idet disse i stedet samles i et fælles møde med patienten, hvorved behandling koordineres.

Målgruppen for initiativet er borgere, som har funktionsforstyrrelser i relation til blære, livmoder, skede og/eller tarm. Inkontinens for urin og afføring er hyppige lidelser og rammer 5-10 % af alle danskere med overvægt hos kvinder. Inkontinens kan opstå uden anden sygdom, men også være sekundært til en lang række andre sygdomme. Ubehandlet har inkontinens stor negativ indvirkning på sociale aktiviteter, arbejdsevne og livskvalitet.

For kvinder er nedsynkning af underlivet en hyppig lidelse, som ofte behandles med operation. Således opereres ca. 18% af alle danske kvinder for nedsynkning. 10-20 % af disse kvinder får gentagen nedsynkning efter ope

Initiativets nyskabelse:

Klinikken er den første – og hidtil eneste – af sin art med samme beliggenhed og tæt dagligt samarbejde mellem disse specialer. Traditionelt er funktionelle lidelser i bækkenbundsorganerne blevet behandlet isoleret i enkelte specialer (urogynækologi, urinvejskirurgi, mave-tarmkirurgi og pædiatri). Bækkenbundslidelser optræder ofte i flere organer samtidig. Den teknologi der anvendes til udredning og kontrol har mange ligheder (f.eks. udbredt brug af patient rapporterede outcomes (PRO), ultralyd og fysiologiske målinger). Den initiale behandling består i alle specialer af patientuddannelse, psychoedukation, og basal medicinsk behandling, ligesom mange af de kirurgiske procedurer er beslægtede

og visse endog identiske. Derfor giver det mening at samle specialerne i en multidisciplinær, tværfaglig enhed, der modvirker silotænkning samt sikrer optimal synergi mellem specialerne til gavn for det gode patientforløb. Initial udredning og behandlingskontrol er i vid udstrækning udlagt til enhedens mange specialsygeplejerske. Derved er sikret en optimal ressource udnyttelse med den rigtige sundhedsprofessionelle til den rigtige tid.

Implementering og brug af initiativet:

Klinik for Bækkenbundslidelser åbnede 1. oktober 2018 og har siden haft mere end 15000 årlige kontakter. Forud for åbningen var samarbejdet mellem specialerne øget med særligt fokus på komplicerede patientforløb. Med bygningen af det nye Aarhus Universitetshospital blev Klinik for Bækkenbundslidelser tænkt ind, som én samlet enhed, der sikrede fysisk nærhed mellem de involverede klinikker. Derved opstod grundlaget for et tættere dagligt samarbejde og vidensudveksling. Noget som ikke kun kommer de højt specialiserede patienter til gode, men som også spreder sig til patienter med mere enkle problemstillinger.

Værdiskabelse:

Et konkret eksempel på værdiskabelse for brugerne er givet her af en 41-årig kvinde, der ved en fødsel får en kompliceret bristning. Efterfølgende har hun smerter i bækkenbund, kønslæber og mellemkød. Desuden udvikler hun overaktiv blære med inkontinens for urin. Hun behandles i et tæt samarbejde mellem urogynækologer, analfysiologer og urologer med samtidig håndtering af hendes forskellige problemstillinger. Bl.a. får hun i en årrække Botox både i blæren, endetarmens lukkemuskel og bækkenbund – dette med god effekt. Er nu som led i det højt specialiserede samarbejde tilbudt sakralnervemodulation til behandling af både blære- og tarmproblemer.

For patienten har det tætte samarbejde og den overordnede koordinerede indsats givet værdi, som hun udtrykker på denne måde:

"I ved hvad hinanden laver – det går meget hurtigere og processen speedes op – man føler sig tryk – I har sgu styr på det - I giver ikke op, men har nye metoder, der giver håb".

Denne patientoplevelse står ikke alene, idet mange er glade for en fælles vurdering af komplekse problemstillinger. Og mange giver udtryk for, at deres tidligere oplevelser af parallelle forløb uden overordnet koordinering nu ændres til et samlet forløb med et samlet blik på bækkenbundens forskellige organer.

I faglig sammenhæng oplever vi et stigende antal henvisninger fra andre afdelinger til tværfaglig vurdering, hvilket må tages som udtryk for, at klinikkens faglige profil giver mening for samarbejdspartnere og patienter.

Dokumentation af initiativets værdi:

Behandlingserfaringer fra ét speciale er delt til andre specialer. Der er etableret et tæt samarbejde mellem analfysiologerne og urinvejskirurgerne i forhold til sakralnervemodulation (SNM), som er et etableret behandlingstilbud for patienter med anal inkontinens men med stort potentiale også for patienter med urin inkontinens. Patientskoler er etableret hos Analfysiologisk Klinik efter inspiration fra Urogynækologisk Klinik. Der har været et særligt strategisk fokus på håndtering af senfølger efter kræft i bækkenbundsorganerne understøttet af at Kræftens Bekæmpelse har finansieret et nationalt forskningscenter med tilknytning til Klinik for Bækkenbundslidelser. Endelig har der været sygeplejefaglig udveksling på tværs af specialerne både som uddannelsesdage og som udveksling af personale til driftsopgaver i andre afsnit. Udviklingen af nye behandlingsmetoder, optimering af patientforløb samt kvalitetssikring af eksisterende behandling er dokumenteret gennem forskningsprojekter. Således er der i de første to år af klinikkens levetid publiceret 48 arbejder i internationale tidsskrifter.

Mulighed for at sprede initiativet:

I et ressourceknap sundhedsvæsen er det væsentligt, at den rigtige sundhedsprofessionelle ser den rigtige patient til den rigtige tid. Det oplever vores patienter som dybt meningsfuldt. Hvor flere grenspecialer er

involveret, er det vigtigt at nedbryde specialegrænser og have blik for multidisciplinære synergier. Klinik for bækkenbundslidelser deltager i tværsektionelt samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Vi inspireres af og samarbejder med patientforeninger som Kræftens Bekæmpelse og Kontinensforeningen for at udvikle de bedste patientforløb. Klinikken er dybt engageret i lægelig og sygeplejefaglig uddannelse og videreuddannelse. Gennem de seneste år har klinikken haft såvel besøg fra andre danske afdelinger som besøg fra udlandet (Saudi Arabien, Argentina, Singapore, Belgien, Spanien, Island, Norge, Sverige, England, Brasilien, Japan, Tyskland, Italien, Litauen m.fl.). Vi taler gerne vores patienters sag på TV, dagspressen og på sociale medier som LinkedIn og Twitter.

Indstilling 50: Hurtig hjertestødsbehandling uden deltagelse af anæstesisygeplejerske og anæstesilæge

Titel på initiativet:

Hurtig hjertestødsbehandling uden deltagelse af anæstesisygeplejerske og anæstesilæge

Ansvarlig leder:

Bo Løfgren

Afdeling og hospital:

Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers

Navn:

Bo Løfgren

E-mail:

borloe@rm.dk

Telefonnummer:

+45 78 42 16 09

Starttidspunkt for initiativet:

2018-09-01

Baggrund for initiativet:

Initiativ blev iværksat for at reducere ventetid på behandling, forkorte indlæggelsestid og øge tilfredsheden hos patienter med hjerterytmeforstyrrelser, særligt atrieflimren og atrieflagren, som er de hyppigst forekommende hjerterytmeforstyrrelser.

Hjerterytmeforstyrrelser giver ofte symptomer, bekymringer og nedsat livskvalitet. En effektiv behandling er hjertestødsbehandling (DC-konvertering) til normalisering af hjerterytmen.

Ved hjertestødsbehandling afgives et strømstød igennem patientens brystkasse, hvorfor bedøvelse er nødvendig for at undgå smerter og ubehag. Hjertestødsbehandling udføres af hjertelæge, mens bedøvelse almindeligvis udføres af anæstesilæge og anæstesisygeplejerske.

Ved ikke-planlagt hjertestødsbehandling f.eks. ved akut indlæggelse er der ofte ventetid på assistance anæstesilæge og anæstesisygeplejerske - ventetid som kan være flere timers og af og til må behandlingen udskydes til næste dag.

Vi har etableret en metode, hvor hjertestødsbehandling og bedøvelse kan gennemføres af hjertelæge alene uden deltagelse af anæstesilæge og anæstesisygeplejerske. Hjertestødsbehandling kan således udføres uden ventetid.

Metoden har medført hurtigere og effektiv behandling, kortere indlæggelsestid samt nedsat ressource- og personaleforbrug. Patienterne får hurtigere symptomlindring, hurtigere udskrivelse og større tilfredshed.

Initiativets nyskabelse:

Initiativet er nyskabende, idet hjertelæge både kan udføre bedøvelse og hjertestødsbehandling af patienten uden assistance fra anæstesisygeplejerske og anæstesilæge. Hjertestødsbehandlingen gennemføres med bedøvelse med lægemidlet midazolam. Hjertelæger har i forbindelse med hjerteultralydsundersøgelser via spiserøret allerede kendskab og erfaring med at bruge dette lægemiddel (midazolam). Hjertestødsbehandling kan således udføres uden ventetid på anæstesisygeplejerske og anæstesilæge, som kan varetage andre opgaver.

Implementering og brug af initiativet:

Initiativet med hjertestødsbehandling med midazolam er implementeret igennem en årrække og benyttes nu som standard metode af hjertelæger i vores afdeling. Metoden er fastholdt, da den foretrækkes af hjertelægerne, da hjertestødsbehandlingen kan gennemføres uden at skulle organisere og tidsmæssigt koordinere behandling med anæstesisygeplejerske og anæstesilæge. Tilsvarende er anæstesisygeplejerske og anæstesilæge tilfredse, da de kan varetage andre opgaver.

Værdiskabelse:

Hurtig og effektiv hjertestødsbehandling uden ventetid her medført: hurtigere symptomlindring for patienterne, hurtigere udskrivelse og større patienttilfredshed.

Initiativet har givet større tilfredshed blandt personalet, da behandling kan gennemføres med mindre planlægning og koordinering imellem personalegrupper og specialer. Herudover har det medført hurtigere og effektiv behandling, kortere indlæggelsestid samt nedsat ressource- og personaleforbrug.

Tilsvarende medfører effektiv behandling og hurtigere udskrivelse også til at reducere pres på hospitalsafdelingerne og modvirke overbelægning, hvilket øger patientsikkerheden generelt for alle patienter.

Dokumentation af initiativets værdi:

Personal tilkendegiver tilfredshed med initiativet. Hjertelæge kan hurtigt gennemføre behandlingen uden ventetid. Anæstesen aflastes, da der ikke er behov for deres deltagelse til hjertestødsbehandling. Initiativet er således også værdiskabende for personalet og patienter, da hjertestødsbehandling kan gennemføres mere effektivt og frigøre personaleressourcer til andre opgaver. Effekten af initiativet kan dokumenteres både kvalitativt og kvantitativt ved at adspørge personale og patienter om tilfredshed med initiativet, ligesom f.eks. antal af bedøvelser til hjertestødsbehandling med assistance fra anæstesen kan opgøres, tid til hjertestødsbehandling kan registreres og indlæggelsestid kan måles. Der kan tilsvarende gennemføres en analyse af det samlede ressourceforbrug ved hjertestødsbehandling.

Mulighed for at sprede initiativet:

Initiativet kan udbredes til alle hjerteafdelinger, hvor der gennemføres hjertestødsbehandling. Metoden kræver ikke nyt udstyr eller nye lægemidler, som ikke allerede er en del af danske hjerteafdelingers standard sortiment. Hjertelæger har allerede kendskab og erfaring med brug af lægemiddel (midazolam), som benyttes til hjertestødsbehandling uden deltagelse af anæstesisygeplejerske og anæstesilæge. Metoden kan således indføres uden ekstraomkostninger.

Mulige barrierer for udbredelse af initiativet kan f.eks. omfatte, at nogle afdelinger har uddelegeret hjertestødsbehandling til mindre erfarne læger, som ikke har erfaring med midazolam, ligesom disse kollegaer kan have behov for backup af erfarne kollega ved evt. "komplikationer" til hjertestødsbehandling, hvor anæstesilæge har varetaget denne rolle. En anden barriere kan omfatte at anæstesi afdelingen ikke ønsker af afgive bedøvelsen af patienter, der skal hjertestødsbehandles.

Vi har implementeret initiativet over en årrække og metoden er nu standardmetode i vores afdeling. Omstillingsparathed i forskellige personalegrupper og specialer har været nødvendig. Der er tiltagende interesse for metoden, som har været præsenteret på enkelte hospitaler og ved et par af de regionale hjertemedicinske fællesmøder. Initiativet bibringer tilfredshed hos personale og patienter.

Indstilling 51: IVT Udkørende team

Titel på initiativet:

IVT Udkørende team

Ansvarlig leder:

Psykiatrien Syd, Region Sjælland

Afdeling og hospital:

)*: Psykiatrien Syd, Afsnit S1 og Akutmodtagelsen på Nykøbing F. Sygehus

Navn:

Dorte Graulund Olsen

E-mail:

dgol@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 93 59 72 86

Starttidspunkt for initiativet:

2022-05-01

Baggrund for initiativet:

Siden 2018 har der været en partnerskabsaftale mellem Psykiatrien og Nykøbing F. Sygehus, for at styrke samarbejdet med særlig fokus på at understøtte det gode patientforløb for patienter med psykiatriske og somatiske sygdomme, men det ser ikke ud til at have gjort en forskel i forhold til anvendelse af tvang. Psykiatrien har længe arbejdet med nedbringelse af tvang. Der har været en stor reduktion i antallet af bæltefikseringer, hvilket bevirker, at tvangen i somatikken bliver tydeligere.

Ved eftersamtaler efter tvang i somatikken fortæller patienter, at de følte sig utrygge, alene og uforstående over for personalets handlinger, men at de ved, at de har gjort deres bedste. Personalet i somatikken fortæller, at de er usikre på, hvordan de skal håndtere disse patienter samt at de ikke har ressourcer til at være så meget om patienten.

Formålet er, at sikre patienter med psykisk mistrivsel en bedre behandling i somatikken, nedbringe tvang og styrke samarbejdet ved at have en udekørende interventionssygeplejerske, som kan tilkaldes.

Målgruppen er patienter, der indlægges på somatisk sygehus med politi, frivilligt eller ved overflytning fra Psykiatrien, hvor der er risiko for, at der skal anvendes tvang eller at de grundet deres psykiske tilstand har svært ved at samarbejde om indlæggelse og behandling og hvor den udekørende interventionssygeplejerske vurderes at kunne gøre en forskel.

Initiativets nyskabelse:

Initiativet er nyskabende fordi initiativet samskabes i et ligeværdigt partnerskab mellem mennesker med indlæggelseserfaring fra de konkrete afsnit, tværfagligt personale og en forsker. Dette foregår i praksis, hvorved at initiativets bæredygtighed i praksis afprøves og justeres løbende som en del af processen. Det er en måde at overkomme den barrierer der kan være mellem indsatser, der ser gode ud på papiret og den reelle praksis.

Derudover er initiativet nyskabende fordi det bryder med den tendens der er til at fastholde en paternalistisk tilgang på akutte psykiatriske sengeafsnit og i stedet skabe et recovery-orienteret alternativ,

hvor de mennesker der er indlagt får direkte mulighed for at deltage i at forbedre afsnittet i fællesskab med personalet.

Til sidst er det nyskabende at to tilgange transformeres til en ny recovery-orienteret løsning, gennem en samskabende proces med en arbejdsgruppe bestående af nuværende og tidligere patienter, klinisk personale og forskere

Implementering og brug af initiativet:

- Beskriv hvordan initiativet er implementeret og hvordan implementeringen er fastholdt og initiativet er i brug i daglig praksis.

Funktionen startede op som et pilotprojekt fra 1. maj 2022 til 1. december 2022. I første omgang var det kun i Akutmodtagelsen for at få erfaringer ift. om tiltaget havde den ønskede effekt inden spredning til øvrige afsnit. Der blev nedsat en arbejdsgruppe og tovholder for henholdsvis Psykiatri og Akutmodtagelse. Der blev udarbejdet foldere og Psykiatrien deltog på Akutmodtagelsens ugentlige tavlemøder for at sprede budskabet om funktionen. Den udekørende Interventionssygeplejerske har brugt en del energi på at være synlig og lære hinanden at kende.

Interventionssygeplejersken udfylder et evalueringsskema efter hver opgave og de to tovholdere følger løbende op på data derfra samt de situationer, der har været.

Per 1. januar 2023 er funktionen udbredt til alle afdelinger på Nykøbing F. Sygehus og gælder hele døgnet alle dage hele året. Derfor er vi nu også

Værdiskabelse:

Ved evaluering efter 6 måneder blev der snakket med flere patienter om deres oplevelse og alle siger, at det gav dem tryghed. En patient tilkendegiver, at det har gjort en stor forskel for hende, da hun tidligere har følt sig misforstået i somatikken. Hun oplevede tryghed, fordi interventionssygeplejersken blev der og kunne forklare hende, hvad der skulle ske og ikke mindst hvorfor. Hun mener, at det forkortede indlæggelsen, da hun havde nemmere ved at acceptere behandlingen, som hun tidligere har nægtet. Umiddelbart ser det ud til at anvendelse af tvang bliver reduceret, men initiativet har dog kørt i for kort tid til, at man kan konkludere det. Både personalet, patienterne og Interventionssygeplejersken tilkendegiver, at det gør en stor forskel.

Personalet har oplevet, at interventionssygeplejersken har evner til at skabe ro og kontakt til patienten. Det ser de som en forudsætning for, at de kan foretage en somatisk udredning og at behandlingen derefter kan foregå uden tvang. Det resulterer i en bedre pleje og behandling af patienterne. De får også konkret hjælp til deeskalering, som giver dem øget tryghed i situationer med agiterede patienter. Og sidst men ikke mindst så styrker det også kendskabet til psykiatriloven.

Lægerne tilkendegiver også, at patienterne føler sig forstået og mødt og at interventionssygeplejersken kan bistå med at kvalificere udredningen, fordi hun er afgørende i dialogen med patienten og derved kan forkorte indlæggelsen.

De sygeplejersker, som varetager funktionen, anser den også som meningsfuld. De mærker også, at patienterne udviser taknemmelighed og giver udtryk for, at det gør dem trygge.

Dokumentation af initiativets værdi:

Der er mange positive tilbagemeldinger fra både personaler, patienter og interventionssygeplejersker og der har været et stort ønske fra somatikken om, at funktionen skulle fortsætte efter prøveperioden på 6 måneder. Når interventionssygeplejersken har været på en opgave i somatikken udfylder hun et evalueringsskema, hvor der beskrives hvilken opgave det har været, tidsforbrug, vagttype m.m. Derudover anføres det også hvordan samarbejdet har været og om der er behov for opfølgning. Tovholder fra Psykiatrien og Akutmodtagelsen følger op på skemaerne og drøfter løbende sammen med en nedsat arbejdsgruppe, hvordan vi kan forbedre funktionen og hvilke tiltag, der er behov for, for at styrke samarbejdet i forhold til tilførsel af viden, undervisning osv. Tovholder i somatikken snakker også løbende

med personalet om, hvorvidt de synes, at de får den hjælp, de har behov for, når de tilkalder Interventionssygeplejersken. Og vigtigst af alt, så følger vi op på, hvilken oplevelse patienterne har haft i forbindelse med, at der har været en interventionssygeplejerske hos dem i forbindelse med behandlingen i somatikken. Funktionen gør måske ikke en forskel for mange patienter, men hvis det gør, at den enkelte patient får en god behandling samt at patienterne i målgruppen får en god oplevelse, så har det været en succes. Fra 1. januar er der aftalt spredning til øvrige afsnit i somatikken samt udvidelse til at gælde hele døgnet alle dage hele året. Vi er ved at nedsætte en ny arbejdsgruppe med repræsentanter fra alle afsnit, som skal være med til at definere målene for funktionen samt hvilke parametre vi skal evaluere på, så vi kan kvalificere anvendelsen af funktionen. I takt med mere erfaring med funktionen vil vi følge tvangsdata nøje, samle data fra evalueringsskemaerne samt indsamle data fra personaler og ikke mindst patienter for hele tiden at drage læring af deres oplevelser.

Mulighed for at sprede initiativet:

Da projektet startede var det et samarbejde mellem Psykiatriens allerede etablerede Interventionsteam og Akutmodtagelsen. Efter 6 måneder er det blevet evalueret og både Psykiatrien og somatikken ønsker, at den udekørende funktion fortsætter og udvides til de øvrige afdelinger i somatikken.

I hele regionen er der udfordringer omkring patienter der både har psykiske og somatiske problemstillinger, og anvendelsen af tvang, hvorfor det tænkes også at være en udfordring på landsplan. Derfor ses det relevant, at man kigger på, hvordan man kan gøre en forskel for disse patienter under indlæggelse i somatikken. I Psykiatrien Syd havde vi allerede et kompetent team, som er vant til at hjælpe på andre afdelinger og derfor synes det relevant, at sætte disse kompetencer i spil. Det er ikke alle steder, at man har sådan et team, men ideen om at psykiatrien assisterer mere i somatikken kan nemt anvendes andre steder.

Udfordringen i funktionen den udekørende interventionssygeplejerske er, at der er behov for finansiering, når der er geografisk afstand. Nogle kunne tænke, at det måske var bedre at have en psykiatrisk sygeplejerske ansat i somatikken, men udfordringen er så, at viden, færdigheder og kompetencer i forhold til den psykiatriske sygepleje, relation og deeskalering ikke bliver vedligeholdt, hvilket vil betyde at nogle af de kompetencer, roen og trygheden ikke vil opnås i samme grad.

Indstilling 52: Julekonkurrence i Psykiatrien

Titel på initiativet:

Julekonkurrence i Psykiatrien

Ansvarlig leder:

Tina Køppen og Helle Mørk, PAM Intensiv

Afdeling og hospital:

PAM I, Psykiatrien Vest, Region Sjælland

Navn:

Helle Mørk

E-mail:

hemem@regionsjaelland.dk

Telefonnummer:

+45 58 53 63 81

Starttidspunkt for initiativet:

2022-12-01

Baggrund for initiativet:

En patient og en medarbejder fik ide om at gøre december mere attraktiv at være indlagt i – ved at lave nye aktiviteter hver uge i december. Dels for at aflede kedsomhed og dårlige tanker i samvær med andre. Ideerne udviklede sig til at have et konkurrenceelement i form af at man kunne lave det til konkurrencer på tværs af alle sengeafsnittene

Formålet var at få fokus på og lave andre ting end selvskade og "forstyrre" negative automatiske destruktive tanker. At udnytte at julen kan give mulighed for andre aktiviteter og samvær end vanlige aktiviteter i div afsnit. Dels som afledning men også at træne sociale færdigheder med andre i et projekt/andet fælles 3. end sygdom. Vi har de samme gode aktiviteter i afsnittene som alle gør brug af hele året, men julen gav mulighed for andre aktiviteter og anderledes legitimering af at sætte sig "og klippe klistre" uden agenda af at "skulle afhjælpe symptomer" og umiddelbart være en del af en behandling men alligevel vise sig at have god effekt på negative symptomer

Initiativets nyskabelse:

Egentligt var aktiviteten med at lave julepynt ikke nyskabende idet alle afsnit oftest er i gang med julepynt af forskellig art. Det nye var konkurrencedelen i det og at det var forudbestemte og faste discipliner der blev dystet i og at det var på tværs imellem afsnittene.

Implementering og brug af initiativet:

Det er en aktivitet der er bundet op på at være til jul, men det kan foldes ud og laves i lignende eller udviklet form til andre helligdage eller mærkedage.

Værdiskabelse:

Patienterne har angivet at det har givet noget anderledes interessant og værdifuldt at stå op til om morgenen og at samværet rundt om bordet har givet anledning til andre samtaler og erfaringer imellem

hinanden at få indsigt i og forståelse af hinanden på. Det har givet et andet fokus at gå op i end sygdom og negative tanker og en følelse af værdifuldhed og vigtig del af noget "større/vigtigt"

Andre patienter har beskrevet at det har trænet dem i sociale færdigheder de ikke mente de havde mere i forhold til at indgå i sociale sammenhænge med andre hvor man kunne grine og ind imellem også græde.

Det synes at have en anderledes legitim værdi at være fælles om fordi det er "jul" og noget vi gør for at "hjælpe hinanden" modsat de vanlige aktiviteter der plejer at være i afsnittene

Personalets anerkendelse af initiativet?

Aktiviteten har haft en anden værdi end de vanlige aktiviteter fordi det ikke har været aktiviteter

personalet har skulle tage initiativ til, tilrettelægge eller foreslå, men været noget der har været i gang i miljøet og ligget fremme at gå til og fra.

Dokumentation af initiativets værdi:

Flere patienter og personale har spurgt til hvad det næste der skal dystes om er. De kommer med ideer til hvordan man kan finde på dyster til påske. Andre har foreslået at man kunne brede "dysterne" ud så der konkurreres med psykiatrien Syd og psykiatrien øst som vidner om at det opleves at have en anderledes god effekt.

Mulighed for at sprede initiativet:

Det kræver egentlig blot, at nogen tager initiativet. Den samlede udgift for projektet her, der involverede 7 afsnit, var blot 5000 kroner. Så det er en meget lavthængende frugt, som vi tænker kan plukkes mange steder.

Indstilling 53: Levende musik på Intensiv - meningsfulde øjeblikke

Titel på initiativet:

Levende musik på Intensiv - meningsfulde øjeblikke

Ansvarlig leder:

Linette Thorn

Afdeling og hospital:

Intensiv AUH

Navn:

Linette Thorn

E-mail:

linlauri@rm.dk

Telefonnummer:

+45 28 91 76 02

Starttidspunkt for initiativet:

2019-04-01

Baggrund for initiativet:

Tidligere var intensivpatienter ofte lagt i kunstigt koma under deres indlæggelse og respiratorbehandling. Men behandlingen og plejen på intensiv har de sidste årtier ændret sig markant. Det betyder, at patienterne i dag som udgangspunkt er vågne under hele deres indlæggelsesforløb. Det fordrer nytænkning, da de vågne patienter har et andet behov for stimuli end tidligere.

Intensivpatienter beskriver ofte en oplevelse af isolation fra verden udenfor, manglende fornemmelse for tid, angst, smerter, stress og meningsløshed. Deres indlæggelsesforløb er præget af et støjende og stressende miljø, som gør dem til en specielt sårbar og udsat gruppe og dette gælder ligeledes patienternes eventuelle pårørende.

Intensiv AUH har gennem et samarbejde med Det Jyske Musikkonservatorium (DJM) siden 2019 arbejdet med at tilbyde skræddersyede musikoplevelser til intensivpatienter.

Ved at bringe levende musik ind i det intensive rum, får patienten en flig af livet udenfor. Der etableres et musikalsk frirum, som bidrager til meningsfulde øjeblikke med det formål, at indgyde livsmod, håb og glæde samt skabe rammerne for heling og restitution i et højteknologisk miljø.

Dertil skabes der mulighed for, at patient og pårørende kan få en fælles oplevelse, hvor det musikalske univers er i centrum og ikke det hospitaliserede med pleje og behandling.

Initiativets nyskabelse:

Levende musik i en hospitals setting kan umiddelbart synes som en sær kombination. Men hvis man tør udfordre traditionel tænkning, så underbygger hastigt voksende evidens, at musik bl.a. medvirker til øget sundhed, velvære og smertelindring. Alle faktorer, der passer perfekt ind i en mere helhedsorienteret hospitalstankegang, hvor den individuelle patientoplevelse er i centrum.

Som nævnt er patienter på intensiv i dag som udgangspunkt vågne under deres indlæggelse. Det stiller andre krav til de sundhedsprofessionelles måde at tænke pleje og behandling på. Vi ønsker, i lighed med internationale anbefalinger at skabe et mere humant miljø på intensiv og har derfor fokus på tiltag, der kan bidrage til et mere helende og mindre stressende miljø på intensiv.

Meget få undersøgelser har undersøgt både patientens oplevelse samt de psykosociale og fysiologiske aspekter af levende musik som intervention på en voksen intensivafdeling. Projektet 'Levende musik på Intensiv – meningsfulde øjeblikke' har gennem et mixed-method forskningsdesign belyst begge aspekter og er dermed et af de første af sin slags.

Implementering og brug af initiativet:

I april 2019 lød de første toner på Intensiv Nord 2, AUH, hvor konservatoriestuderende for første gang spillede levende musik for intensivpatienter.

Initiativet har skabt fundament for et tværfagligt fællesskab, sammenhold og mening for både medarbejdere, patienter, pårørende og musikere. DJM har oprettet et valgfag 'Musik & Sundhed', bl.a. båret af de studerendes interesse og hjerte for feltet, som en del af deres studie. Valgfaget er en vigtig brik i konservatoriets strategi omkring kunstnerisk medborgerskab og på den baggrund er der indgået en officiel partnerskabsaftale mellem DJM og AUH.

De positive resultater har betydet, at vi pr. 1. oktober 2022 fik mulighed for at ansætte to musikere fra DJM, der kommer hver torsdag. Levende musik er i dag et fast tilbud til alle intensivpatienter på samtlige fire intensivafdelinger, AUH. Ansættelsen er finansieret af Regionale fondsmidler i implementeringsfasen, der varer til og med september 2023.

Værdiskabelse:

Levende musik har stor betydning og værdi for den intensive patient. Patienterne beskriver, at den levende musik kan medføre et mentalt frirum – en pause fra det tankekaos, de befinder sig i, og at musikken gør dem rolige og afslappede.

Musikkens univers kan frembringe minder fra fortiden, der kan styrke patienterne i nutiden og fremtiden. Disse minder kan give patienterne vilje og håb til at blive ved med at kæmpe og fastholde dem i håbet om bedring og håbet om at komme hjem. Dette kan vi som sundhedsprofessionelle være med til at understøtte ved hjælp af den levende musik.

Det levende aspekt tilføjer en ekstra dimension, der gør musikinterventionen mere nærværende og human – noget, der ikke opnås i samme grad ved afspillet musik. Musikken bidrager til meningsfulde øjeblikke, fremmer velvære, indgyder livsmod, håb og glæde samt understøtter rammerne for heling og restitution i et højteknologisk miljø. Samtlige patienter inkluderet i studiet ville ønske, der var flere musikalske oplevelser, hvilket taler for at implementere levende musik som et fast integreret tilbud til patienter indlagt på intensiv.

De musikstuderende har i projektperioden spillet om morgenen for personalet i kaffestuen med henblik på også at skabe rammerne for meningsfulde øjeblikke for personalet.

Levende musik har ligeledes været af stor betydning for personalet med stor opbakning og efterspørgsel.

Dokumentation af initiativets værdi:

Data blev indsamlet fra februar 2020 til december 2021. I alt 27 patienter opfyldte inklusionskriterierne og deltog i projektet. Purposive sampling og mixed-methods blev anvendt til at indsamle og evaluere data.

Den kvalitative komponent bestod af deltagerobservation og interviews af patienter. Data blev analyseret i NVivo 12. Gennem en Ricoeur-inspireret analysestrategi, frembød de kvalitative observationer og interviews fire temaer: 'En pause, hvor man kan svømme væk og slappe af', 'Det levende nærvær gør musikken unik', 'Glade minder fra fortiden og længsel hjem' og 'En intens og meningsfuld oplevelse'.

Levende musik har stor betydning og værdi for den intensive patient. Det levende nærvær gør musikinterventionen mere empatisk. Den kvantitative komponent bestod af præ-postmåling af hjerterefrekvens, blodtryk, patientens subjektive smerteoplevelse og hjerterefrekvensvariation. Data blev analyseret i STATA med deskriptiv statistik og Wilcoxon Signed Rank Test. Den kvantitative analyse viste statistisk signifikant positiv forskel på samtlige parametre efter musikinterventionen. Levende musik medvirker til at skabe sammenhæng på mange dimensioner, da det åbner op for en fælles oplevelse, der gennem det musikalske univers forener mennesker. Både mellem fagprofessionel og patient (os og

borgeren), mellem patient og pårørende, tværprofessionelt (mellem fagprofessioner), mellem AUH og DJM samt på tværs af de intensive afsnit på AUH. Andre studier viser, at levende musik bidrager positivt til medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø. Dette aspekt vil vi derfor belyse nærmere i næste fase af vores projekt (ultimo 2022 – medio 2023).

Mulighed for at sprede initiativet:

Projektet blev gennemført i regi af Intensiv Nord 2, men levende musik er i dag et fast tilbud til samtlige intensivpatienter på AUH. Der er etableret samarbejde med intensivafdelingerne på Regionshospitalet Gødstrup omkring udvidelse og implementering af initiativet i løbet af foråret 2023.

Vores projekt blev i marts og november 2022 præsenteret i forbindelse med 2 europæiske konferencer arrangeret af CultureForHealth, et ambitiøst projekt finansieret af Europa-Kommisionen, der har til formål på tværs af landegrænser at sprede og styrke de gode løsninger inden for Kultur og Sundhed og hjælpe sundhedsvæsenet, kulturinstitutioner og beslutningstagere med at få øjnene op for feltets potentiale. Der er således stor interesse for projektet – også på internationalt niveau.

Musikken skaber dialog der i stedet for at handle om sygdom skaber øjeblikke, som giver en fælles oplevelse og et meningsfuldt frirum for patienter, pårørende, personale og musikere.

Dygtighed er båret af dedikerede og engagerede sygeplejersker og musikere, der leverer empatiske og nære oplevelser af højeste kvalitet – med det formål at gøre en forskel for det enkelte individ.