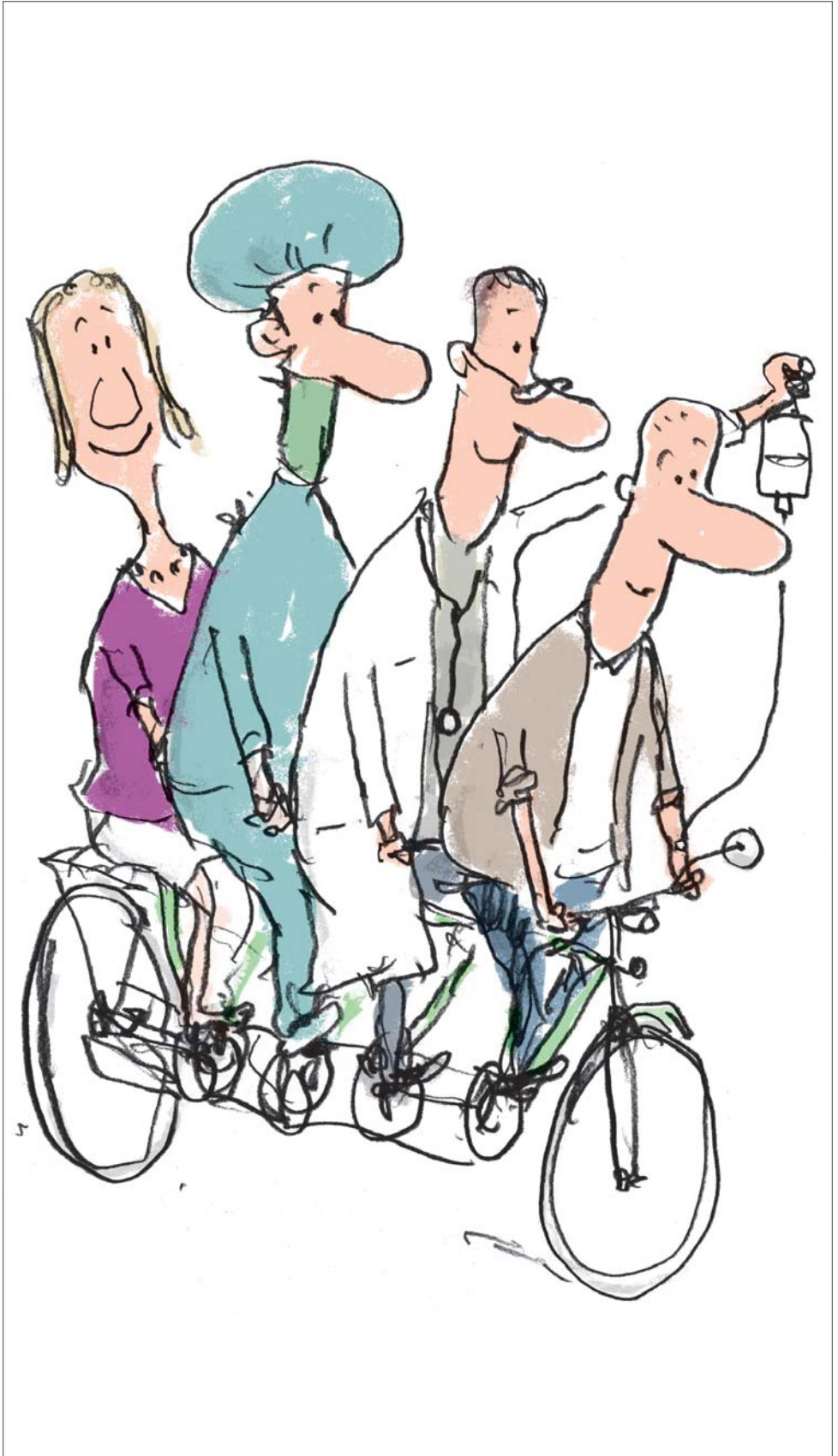


Et tilbud der passer

Sammen kan vi give kroniske patienter et skræddersyet forløb

Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger i Region Hovedstaden, august 2009



Flere lever med kronisk sygdom

Omkring hver tredje dansker lever med en kronisk sygdom.

I en kommune med 30.000 borgere er der omkring:

- 1-2.000 borgere med diabetes type 2
- 1.200 borgere med hjertesygdomme
- 1.200 med KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse)
- 1.400 borgere med kræft
- 4.800 borgere med muskelskeletsygdomme
- 1.200 borgere med depression

Et tilbud der passer

Et tilbud der passer

Denne pjece giver en kort forklaring på, hvad et forløbsprogram for kroniske patienter er, og hvad det kan bruges til.

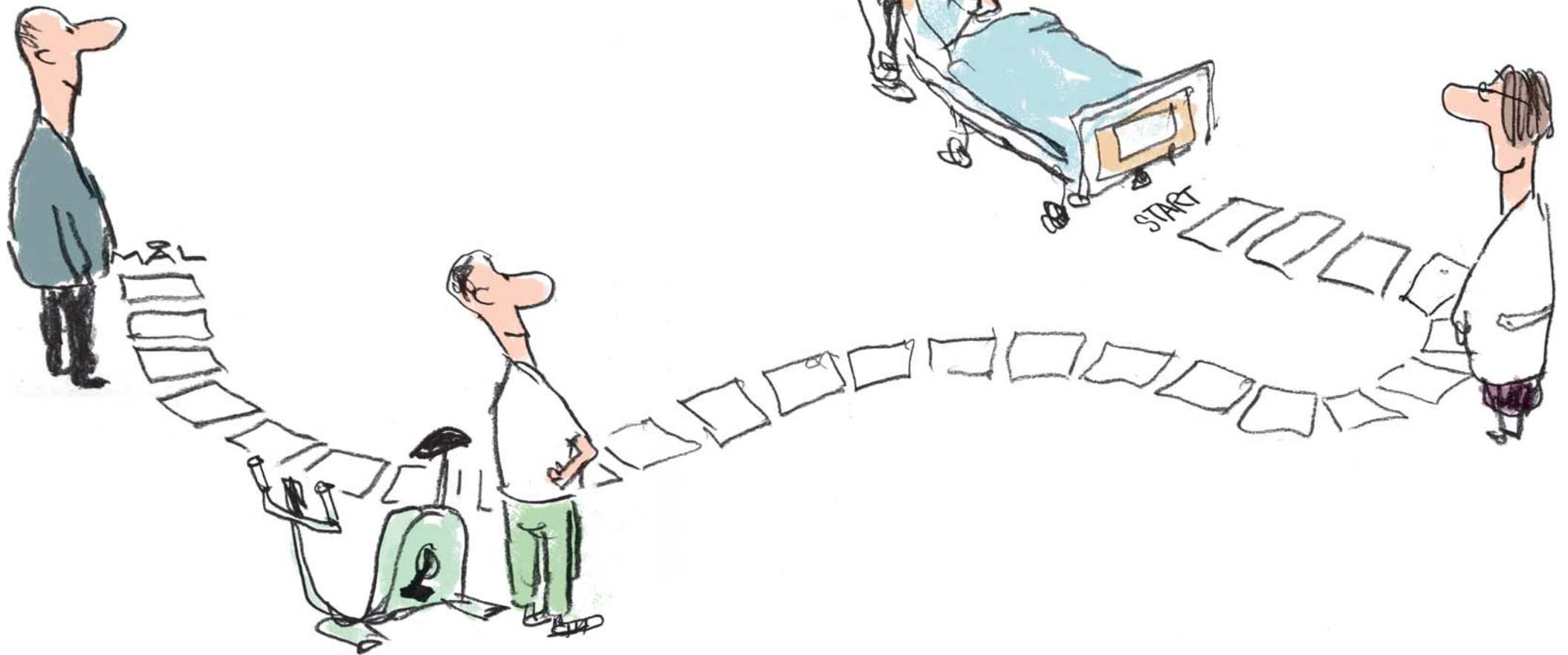
Den er skrevet til såvel beslutningstagere, til dem der møder og arbejder med kroniske patienter og til patienterne selv.

Sammenhæng og kvalitet

Sammenhæng og kvalitet

Det er kommunerne, almen praksis og hospitalerne, der sammen udarbejder forløbsprogrammerne og fører dem ud i livet. Formålet med programmerne er, at de kroniske patienter skal opleve, at de får den indsats, de har brug for, når de har brug for den, og at indsatsen har høj kvalitet og hænger sammen gennem hele deres sygdomsforløb.

Sammen kan vi – almen praksis, hospitaler og kommuner – give de kroniske patienter et skræddersyet forløb.



Flere lever med kronisk sygdom

Færre akutte indlæggelser

Flere lever med kronisk sygdom

Stadig flere danskere lever med en eller flere kroniske sygdomme. For nogle giver sygdommen kun lidt besvær i dagligdagen, for andre fylder sygdommen meget, og for nogle præger sygdommen hele livet, hver dag.

Færre akutte indlæggelser

Vi ved, at patienter, der får den rigtige behandling og træning i rette tid, har et bedre liv og lettere undgår komplikationer og unødige akutte indlæggelser.

Mennesker med kronisk sygdom har meget forskellige behov for behandling og støtte.

Sammen er vi bedre

Nul huller

Standarder for kvalitet

Sammen er vi bedre

Hospitaler, almen praksis og kommuner er vant til at arbejde sammen om at behandle kroniske patienter. Men vi kan blive bedre til at bruge det, vi kan – og hinanden – til gavn for patienterne.

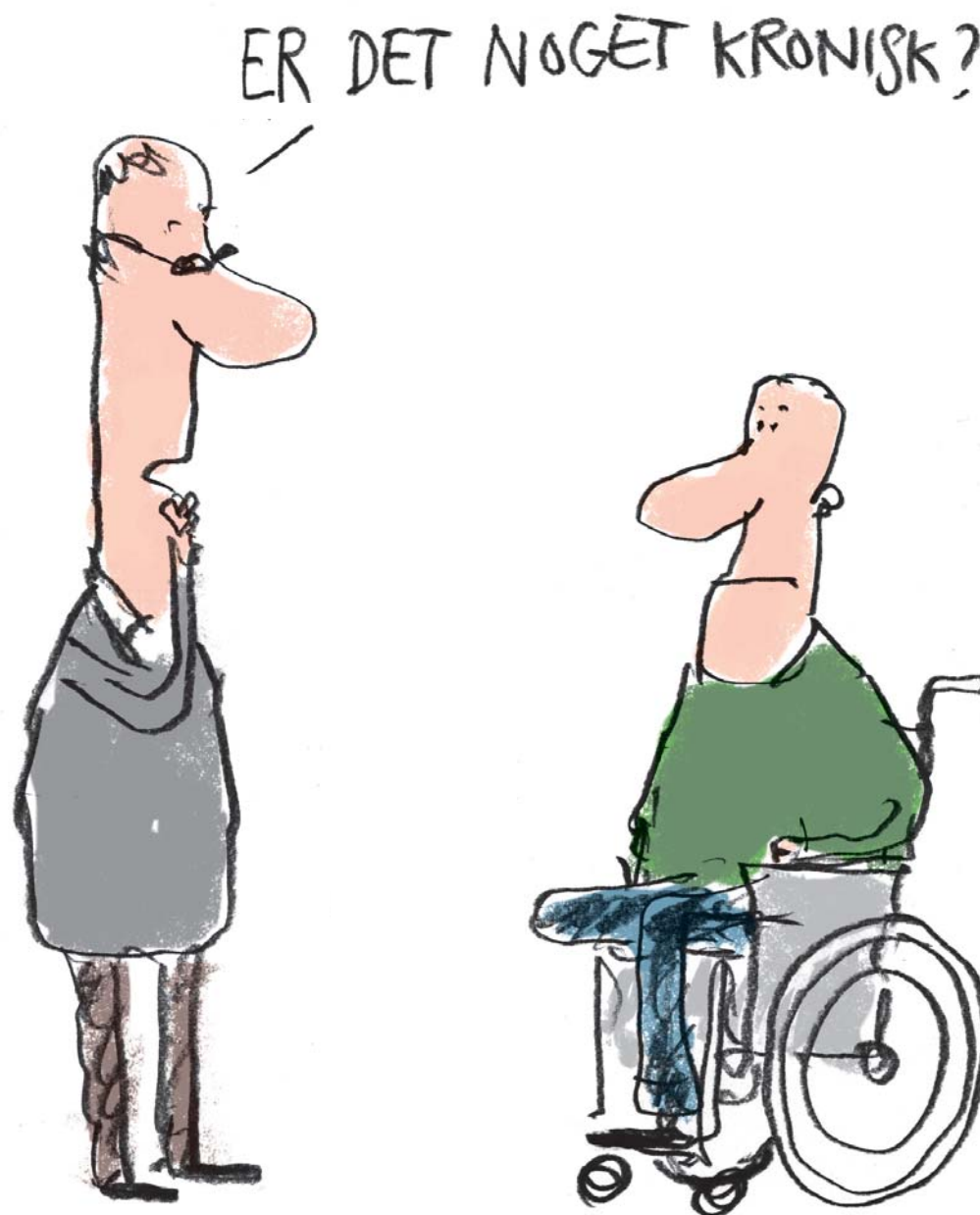
Nul huller

Det kræver, at vi definerer præcist og aftaler klart, hvem der gør hvad, hvornår. Vi skal gøre det bedste, vi kan hver især, mens vi hele tiden har øje for det samlede forløb. Vi skal være enige om målet og hele tiden tale sammen, så vi ikke taber patienten i et "hul" på vejen mellem praktiserende læge, hospital og kommune. Et forløbsprogram er et redskab til at sikre sammenhæng og kvalitet for patienten, hele vejen.

Standarder for kvalitet

Med et forløbsprogram forpligter vi os til en indsats, som lever op til aftalte standarder for behandling og rehabilitering. Vi må gerne gøre mere. Men ikke mindre.

Patienten skal opleve, at de rigtige hænder er parat til at hjælpe på den helt rigtige måde på det helt rigtige tidspunkt.



Vi syr efter mål

Tre niveauer

Vi syr efter mål

Bare fordi man har en kronisk sygdom, passer man jo ikke skjorte med alle andre, der har en kronisk sygdom. Men nogle deler man bedre størrelse med end andre.

Et forløbsprogram arbejder med tre "størrelser" efter behov for behandling. De kaldes niveau 1, 2 og 3. Her er tre eksempler på patienter på de tre niveauer:

Tre niveauer

1. Fru Andersen kender sin sygdom og har kontrol over den. Hun har lav risiko for, at sygdommen udvikler sig til noget værre. Hun har behov for kontrol hos egen læge en eller to gange om året. Hun får tilbudt undervisning om sin sygdom. Det kan foregå i kommunen eller måske hos en patientforening.

2. Hr. Bendtsen har risiko for, at hans sygdom forværres. Han har brug for mere intensiv kontrol hos egen læge, måske også på et hospital. Han har brug for rehabilitering. Her kommer kommunen ind.

3. Hr. Christensen er meget syg. Han har brug for behandling af en specialist, løbende kontrol og rehabilitering. Det meste foregår på et hospital.

Hver patient får sit eget skræddersyede forløb.

MIN LÆGE SIGER,
JEG ER EN NIVEAU 1



Forskellige forløb

Tovholder

Forskellige forløb

Sygdomsforløb er ikke bare forskellige. De ændrer sig også. Fru A. kan få behov for mere kontrol eller genoptræning. Hr. B. kan komme i en stabil fase, hvor han behøver mindre kontrol. Eller han kan få behov for mere.

Det tætte samarbejde mellem patient, praktiserende læge, hospital og kommune skal sikre, at forløbet ændrer retning, så snart patienten får det værre eller bedre.

Tovholder

Det er patientens egen læge, der er tovholder under hele forløbet. Tovholderen skal vurdere patientens helbred undervejs og sørge for, at behandlingen hele tiden passer til det behov, patienten har netop nu.

En tovholder koordinerer forløbet og følger op, så patienten altid er hos den rette behandler på det rette tidspunkt.

Patienten er en del af holdet

Aktiv medspiller

Patienten er en del af holdet

Patienter med en kronisk sygdom kan have brug for mange forskellige indsatser fra almen praksis, hospital og kommune. Det kan være medicinsk behandling, fysisk træning, motion, hjælp til rygestop eller kostvejledning. Og meget andet. Behovene skifter undervejs i forløbet, og det er patientens skiftende behov, der bestemmer retningen.

Aktiv medspiller

Derfor er patienten den afgørende medspiller på holdet sammen med læge, hospital og kommune. Og derfor skal de øvrige medspillere informere og lytte til patienten og opmuntre ham eller hende til at spille aktivt med i hele forløbet.

Patienten er altid med til at beslutte, hvad næste skridt skal være.



Et godt forhold begynder tidligt

Uddannelse

Et godt forhold begynder tidligt

Jo tidligere en kronisk sygdom opdages, des bedre muligheder er der for, at patienten selv kan påvirke forløbet og få mest muligt ud af behandling og træning. Et forløbsprogram indeholder retningslinjer for, hvordan praktiserende læger, hospital og kommune bedst finder patienterne tidligt i forløbet. Her kan patientforeninger også være med.

Uddannelse

At følge et forløbsprogram kræver, at alle involverede har de kompetencer, der skal til. Fx skal læger og andre sundhedspersoner vide, hvordan og hvor de bedst finder mennesker med en kronisk sygdom tidligt i forløbet. Ligesom alle skal lære at se sig selv som en del af et sammenhængende forløb. Det kræver viden, udvikling og uddannelse.

Almen praksis, hospitaler og kommuner skal sammen opbygge en ny fælles kultur på tværs af sektorer og fag.

Det er frivilligt

Der følger standarder med

Det er frivilligt

Det er den enkelte kommune der beslutter, om den vil være med i et forløbsprogram for en bestemt gruppe kroniske patienter. Programmet indebærer, at kommune, hospital og alment praktiserende læger indgår aftaler om, hvordan forløbsprogrammet skal fungere i praksis. Det vil sige præcise aftaler om, hvem der gør hvad, hvornår i forløbet.

Der følger standarder med

Et forløbsprogram er nemt at følge, fordi det konkret definerer, hvilke opgaver kommune, hospital og almen praksis skal udføre for at sikre den højeste kvalitet i patientforløbet. Programmet beskriver en række standarder, som en kommune som minimum skal opfylde, hvis den tilslutter sig programmet. Programmet beskriver også, hvad kommunen kan gøre, hvis den vil gøre mere.

Når kommunen har sagt ja, har den pligt til at give patienterne de tilbud, der er fastlagt i minimumstandarderne.

DET ER NATURLIGVIS
FRIVILLIGT..



Tilbud efter behov

Et forløbsprogram indeholder

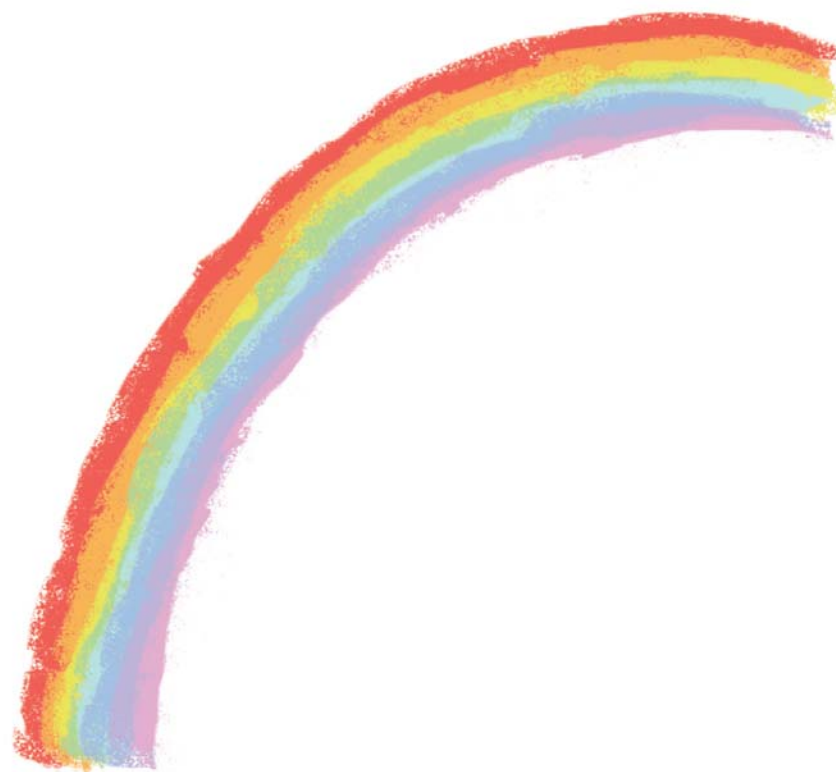
Tilbud efter behov

Et forløbsprogram er en beskrivelse af, hvordan almen praksis, hospital og kommune konkret skal arbejde sammen om at give kroniske patienter lige netop den behandling og den træning, de har brug for, når de brug for den.

Et forløbsprogram indeholder:

- En beskrivelse af diagnosen og retningslinjer for, hvordan sygdommen opdages tidligt.
- En definition af tre niveauer for behandling efter patientens behov.
- En konkret beskrivelse af hvem, der gør hvad i patientens forløb mellem almen praksis, hospital og kommune.
- En plan for, hvordan parterne skal organisere deres samarbejde og kommunikere på tværs.
- En definition af de standarder, som behandling og træning som minimum skal leve op til.
- En plan for evaluering og kvalitetskontrol.
- Forslag til hvordan programmet kan følges i praksis.

Læs mere om forløbsprogrammer og de enkelte programmer på www.regionh.dk/forlobsprogrammer





Læs mere om forløbsprogrammer
og de enkelte programmer på

www.regionh.dk/forlobsprogrammer

Pjecen er udgivet i et samarbejde
mellem hospitalerne, kommunerne
og de praktiserende læger i
Region Hovedstaden.