

12

Anbefalinger til mere sammenhængende patientforløb

Afreportering fra Udvalget for
Sammenhængende Patientforløb

INDHOLD

04	INDLEDNING
06	UDREDNING OG DIAGNOSTIK
08	BEHANDLINGS- OG OPFØLGNINGSFORLØB
10	KOMMUNIKATION OG PATIENTINDDRAGELSE
12	BEDRE PATIENTFORLØB I HELE REGIONEN
14	DE 12 ANBEFALINGER

INDLEDNING

Patienter skal opleve sammenhængende forløb i deres møde med sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden. I praksis viser det sig imidlertid, at det ikke altid lykkes at skabe gode forløb på trods af, at der bliver arbejdet på at skabe gode patientforløb i mange sammenhænge.

Der er patienter og pårørende, som har svært ved at finde rundt i det komplekse system, som sundhedsvæsenet efterhånden er blevet. Komplexiteten betyder også, at det kan være svært for det sundhedsfaglige personale at understøtte gode forløb, særligt hvis patienten har flere sygdomme.

Regionsrådet i Region Hovedstaden har derfor nedsat et politisk udvalg, som skal gennemgå området og komme med anbefalinger, der skaber bedre sammenhæng i alle behandlings- og udredningsforløb. Det er et klart signal til patienter, pårørende, medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet om, at vi sammen skal arbejde hen imod et sundhedsvæsen, der forbedrer patienternes forløb.

Anbefalingerne skal være med til at fremme en kultur på hospitalerne, hvor patienterne oplever tryk og optimale forløb. Kommunikation og koordineringen mellem afdelinger, hospitaler og sektorer skal forbedres, og patienten sættes i centrum for behandlingen. Fokus skal være på, at behandling og diagnostik samles omkring patienten.

Anbefalingerne skal samtidig bidrage til mere lighed i sundhed. De patienter, der er mest sårbare, skal i højere grad mødes af et sundhedsvæsen, der giver dem støtte, information og individuel behandling. Det er forhåbningen, at hospitalerne i endnu højere grad får forudsætningerne for at tilpasse udredning og behandling til den mest sårbare gruppe af patienter.

Udfordringerne, som udvalget peger på, er ikke nye, og der gøres allerede i dag en stor og vedholdende indsats på hospitalerne blandt ledere og medarbejdere for at sikre sammenhæng i alle patientforløb. Den udvikling har betydet mange gode initiativer for patienterne, og den udvikling vil udvalget gerne anerkende og bakke op om.

Samtidig vil udvalget igangsætte nye initiativer og dermed sætte nye mål for at sikre endnu bedre sammenhængende patientforløb. Det gælder f.eks. ved, at der sker en systematisk spredning af de allerede kendte initiativer, der skaber gode patientforløb, så de bliver tilgængelige for alle patienter.

Udvalget har fokuseret på at identificere de områder, som er de hyppigste kilder til manglende sammenhæng i patientforløb med udgangspunkt i hospitalernes rolle. Udgangspunktet er derfor, hvad hospitalerne kan bidrage med for at understøtte gode forløb.

Udvalgets afrapportering skal ikke ses som udtryk for, at alle patienter oplever, at der mangler sammenhæng. Men der er fortsat et forbedringspotentiale i forhold til at sikre bedre forløb, særligt for sårbare patienter med flere sygdomme. Udvalget har derfor haft fokus på, at der etableres strukturer og arbejdsgange, der sikrer sammenhæng og helhedssyn i tæt samspil med både egen læge og kommune.

Udvalgets anbefalinger

Udvalgets anbefalinger er udarbejdet med input fra studiebesøg, dialogmøder, patienter og en række forskere samt indlæg om projekter fra hospitalerne i regionen.

Anbefalingerne er inddelt i tre afsnit:

- Udredning og diagnostik
- Behandlings- og opfølgingsforløb
- Kommunikation og patientinddragelse

Udvalget for sammenhængende patientforløb er nedsat med udgangspunkt i en politisk aftale, der udgør rammen om arbejdet. Udvalget skal konkret komme med forslag til:

- Hvordan der kan ske koordinering af undersøgelser og planlagte behandlinger, så de kan foretages samme dag.
- Hvordan de diagnostiske afdelinger kan følge det enkelte udredningsforløb til ende, særligt i de tilfælde, hvor de første undersøgelser ikke umiddelbart viser en klar diagnose. Det skal forhindre, at patienten sendes frem og tilbage mellem egen læge og skiftende hospitalsafdelinger.

- Hvordan patientforløb – især for ældre og patienter med flere sygdomme - kan foregå så smidigt som muligt for patienten og med inddragelse af de pårørende undervejs.
- Hvordan patientens situation kan styre forløbet, også for de patienter, der skal behandles på flere afdelinger. Samtidig skal princippet om nærhed, sammenhæng og kvalitet for borgeren altid sikres, og LEON-princippet om altid at behandle på laveste effektive omkostningsniveau overholdes.
- Hvordan de patientforløb, hvor patienterne ofte genindlægges eller hvor sygdomsbyrden er særlig stor kan forbedres så der behandles ud fra en helhedstænkning.

UDREDNING OG DIAGNOSTIK

Udvalget har haft fokus på at skabe den rette struktur og organisering, der kan understøtte gode patientforløb, så patienter oplever smidig og effektiv diagnostik og udredning. Samtidig har det været et ønske, at understøtte udredningsforløb i almen praksis. Det skal bl.a. ske ved, at det diagnostiske samarbejde mellem egen læge og hospitalerne styrkes. For de patienter, der henvises til hospitalet, skal der sikres forløb, hvor de relevante kompetencer kommer til patienten, frem for at patienten skal bevæge sig mellem afdelingerne. For de komplekse forløb, skal det ligeledes sikres, at der sker den nødvendige koordinering på hospitalet, så patienten ikke behøver at tage så ofte på hospitalet. Endelig har udvalget haft fokus på, at bedre udredningsforløb i særlig grad skal støtte svage og sårbare patienter.

Direkte adgang til diagnostik fra almen praksis

Der skal være mulighed for, at patienter kan henvises direkte til diagnostisk afklaring fra almen praksis. Muligheden for henvisning gælder kun for problemstillinger, hvor behandlingen fagligt kan varetages af egen læge, uden at patienterne skal ses på et hospital. Der er i dag mulighed for, at egen læge kan henvise udvalgte patienter til diagnostiske undersøgelser på nogle hospitaler, men der er behov for en samlet faglig vurdering af, hvilke problemstillinger/tilstande, det fremadrettet skal være muligt at kunne henvise til hurtig afklaring af. Det kan f.eks. være nogle former for billeddiagnostik (f.eks. røntgen/ultralyd), blod/celleprøver og kikkertundersøgelser.

Det er vigtigt, at de diagnostiske undersøgelser kan tilbydes uden umiddelbar ventetid, fordi patienten skal være lige så godt stillet ved at fortsætte hos egen læge frem for at blive henvist til hospitalet, hvor udredningsretten på 30 dage er gældende.

ANBEFALING 1:

Almen praksis får adgang til at henvise patienter med simple problemstillinger til hurtig afklaring på de diagnostiske afdelinger. Patienter kan henvises på baggrund af symptomer/udvalgte tilstande, der fagligt set forventes at kunne behandles af egen læge.

Bredere adgang til diagnostiske enheder fra almen praksis

De diagnostiske enheder anvendes i dag til de patienter, hvor der er mistanke om, at patienten kunne have kræft. Diagnostisk enhed kan samle et udredningsforløb og eventuelt give patienten en forløbskoordinator. Patienterne er i et hurtigt forløb og modtager indkaldelser, undersøgelser og tider hurtigere end andre patienter.

Hvis den praktiserende læge som noget nyt kan henvise alle typer af patienter med uspecifikke symptomer til tværfaglig udredning i en diagnostisk enhed, så forsenkles forløbene for patienterne. Dermed åbnes op for, at flere typer patienter kan få en tværfaglig udredning i de diagnostiske enheder.

ANBEFALING 2:

Patienter, som egen læge vurderer, skal udredes i hospitalsregi, og som har uspecifikke symptomer, kan henvises direkte til en diagnostisk enhed.

Adgang til diagnostiske enheder fra hospitalsafdelinger

Det skal være muligt for patienter, der er henvist til udredning på en hospitalsafdeling, at blive sendt til den diagnostiske enhed, hvis afdelingen ikke kan diagnosticere dem. Dette skal forhindre gentagne henvisninger til forskellige hospitalsafdelinger. Egen læge skal dog tilkendegive (f.eks. i et afkrydsningsfelt i henvisningen), at patienten ønskes videreudredt. Egen læge skal spørges, fordi undersøgelsen også kan have til formål at bekræfte, at patienten ikke fejler noget alvorligt, og udredning på diagnostisk center vil derfor være unødigt omfattende og ressourcekrævende.

ANBEFALING 3:

Læger på et ambulatorium skal viderehenvise patienter til en diagnostisk enhed, hvis de ikke kan finde en forklaring på de symptomer, patienten er henvist for. Det er en forudsætning, at der er konfereret med patientens egen læge.

Etablering af sammedagsudredning

Der arbejdes flere steder i landet på en organisatorisk model for sammedagsudredning, hvor komplekse udredningsforløb så vidt muligt er tilrettelagt på én dag, så patienterne kan få foretaget de relevante undersøgelser ved ét fremmøde. Sammedagsudredning kræver dog, at patienten ønsker det, og at det er muligt i forhold til patientens sygdomme.

Organiseringen tager afsæt i en tværfaglig tilgang, hvor der kan trækkes på de relevante specialer undervejs, og hvor der er udviklet undersøgelsespakker på forhånd, så indholdet og tiderne til de enkelte undersøgelser er koordinerede.

ANBEFALING 4:

Der skal etableres sammedagsudredning i de diagnostiske enheder og på de medicinske ambulatorier, så patienterne som udgangspunkt kun skal komme én gang.

BEHANDLINGS- OG OPFØLGNINGSFORLØB

Der skal sikres bedre behandlings- og opfølgingsforløb med udgangspunkt i patientens ønsker. Det betyder, at patienter og pårørende ikke behøver at tage på hospitalet oftere end nødvendigt. Samtidig skal der gøres mere for at forebygge akutte indlæggelser, så patienter i stedet får et planlagt forløb, der er nemmere at overskue. Det er også vigtigt, at patienterne kan behandles i almen praksis, f.eks. ved at de praktiserende læger kan få faglig sparring fra hospitalerne.

Bedre koordinerede og tilrettelagte besøg

For at imødekomme den stigende andel af patienter med flere kroniske sygdomme, er der på flere hospitaler etableret enheder, som samler ekspertisen i medicinske fællesambulatorier ud fra princippet om, at lægerne skal komme til patienten og ikke omvendt. Det sker f.eks. på Holbæk Sygehus, ligesom de nye hospitalsbygninger er indrettet med fælles ambulatoriefaciliteter for flere specialer. De medicinske fællesambulatorier bygger på en tankegang om, at det er hospitalet, der sikrer koordineringen, så patienten skal møde op én gang for at drøfte sin samlede situation - frem for at møde op én gang pr. forløb i flere forskellige ambulatorier. Det kræver, at lægen er orienteret om alle de forhold, som tidligere blev varetaget i hvert af de parallelle patientforløb, som patienten har fulgt. Det skaber behov for koordinering inden patientens fremmøde.

Det er et vigtigt element i de medicinske fællesambulatorier, at der er tæt samarbejde med f.eks. laboratorier, så patienten f.eks. kan få taget blodprøve inden konsultation med lægen.

ANBEFALING 5:

Patienter med flere kroniske sygdomme skal have koordinerede og individuelt tilrettelagte konsultationer, hvor det er muligt. Det kan f.eks. ske gennem etablering af medicinske fællesambulatorier, hvor opfølgning på flere sygdomme samles i ét besøg og prøvetagning sker samme dag som besøget.

Sub-akutte tilbud

I dag har almen praksis som hovedregel mulighed for at indlægge patienten akut eller henvise til et ambulantly besøg, med den dertilhørende ventetid, når der opstår sygdom eller forværring hos en patient. Nogle gange er den eneste reelle løsning derfor at indlægge patienten akut, selvom patienten fagligt set fint ville kunne vente en dag eller to med at blive tilset på et hospital.

En akut indlæggelse er ofte forvirrende og utryk især for ældre mennesker, og det kan være belastende at blive indlagt akut. Derfor er der mange steder etableret sub-akutte tilbud som f.eks. hurtige/fremrykkede ambulatorietider eller et planlagt besøg i akutmodtagelsen. Det giver mulighed for at henvise en patient til en hospitalsafdeling, der kan tilse og eventuelt stabilisere patienten inden for 1-2 dage. Det kan f.eks. være et medicinsk ambulatorium eller daghospital, der dagligt friholder nogle tider til vurdering, diagnostik og behandling af patienter, der er henvist sub-akut fra almen praksis.

ANBEFALING 6:

Akutte indlæggelser skal forebygges ved, at der etableres sub-akutte tilbud, som patienter kan henvises til inden for 1-2 dage. Det skal forebygge besøg og indlæggelser på en akutmodtagelse.

Forebyggelse af akutte indlæggelser

Flere steder i landet er der gode erfaringer med at afprøve modeller for patientstøtte, der skal fungere som alternativ til akutte indlæggelser. Nogle steder er det som "fleksible indlæggelser", hvor visse kroniske patienter får direkte adgang til at kontakte et afsnit eller afdeling på hospitalet døgnet rundt. Her kan en sygeplejerske vurdere, hvordan patienten bedst hjælpes. Sygeplejersken kan henvise patienten til behandling, rådgivning eller opfølgning hos egen læge eller måske til et kommunalt akutteam eller til hospitalsbesøg (ambulant opfølgning, sub-akutte tider, opfølgning eller indlæggelse). Erfaringen er, at kontakten med sygeplejersker på hospitalerne betyder, at færre indlægges, og at patienterne er mere tilfredse.

ANBEFALING 7:

De medicinske afdelinger skal give rådgivning og støtte til udvalgte grupper af kroniske patienter, som et alternativ til en akut indlæggelse.

Faglig sparring til almen praksis

Det skal være enkelt og ukompliceret for almen praksis at få adgang til faglig sparring om den enkelte patient med relevante hospitalsansatte læger. På den måde kan patientens egen læge få støtte til at afgøre, hvad der er det næste skridt i det videre behandlingsforløb. Dette skal både forhindre unødvendige indlæggelser, ligesom det skal bidrage til at patienterne fastholdes i behandling af høj kvalitet hos egen læge.

Der er i dag mulighed for, at praktiserende læger kan få afklaring eller rådgivning fra læger på hospitalerne, men det er indtrykket, at ordningerne bruges meget forskelligt i regionen. Der er behov for at udbrede kendskabet til muligheden, ligesom det også er en anledning til at sikre, at ordningen findes alle steder.

ANBEFALING 8:

Almen praksis skal kende til den eksisterende mulighed for at få faglig sparring af læger på hospitalerne.

KOMMUNIKATION OG PATIENTINDDRAGELSE

Alle patienter skal møde et sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i den enkeltes situation og som kommunikerer sikkert, og inddrager patienten i egen behandling. Alle involverede skal have adgang til oplysning og hurtig kommunikation om patientens samlede situation. For at patienterne skal opleve smidige forløb og gode overgange, skal der være fokus på kommunikationen mellem sektorer og afdelinger, når en patient overflyttes eller udskrives. Ligeledes skal patienter opleve, at de bliver inddraget i egen behandling, og at deres pårørende kan være med til at støtte og deltage i beslutningerne, hvor det er relevant.

Bedre patientinddragelse

Patientens egne ressourcer skal i endnu højere grad anvendes mere aktivt i behandlingen, så patientens ønsker, viden og erfaringer er udgangspunktet for det forløb, patienten får. Det sundhedsfaglige personale skal understøtte, at patienterne kan tage aktivt stilling til behandlingsmulighederne.

Det sundhedsfaglige personale skal have de kompetencer og redskaber, der gør, at patienten bliver mødt med en individuel og empatisk tilgang, som understøtter, at patienten behandles med udgangspunkt i egne behov, ønsker og viden. Det kræver bl.a. fokus på at skabe en kultur, hvor patientinddragelse bliver prioriteret i alle patientforløb.

Der er igangsat en lang række initiativer, som bidrager til bedre patientinddragelse. Disse initiativer skal understøttes og udbredes, så alle patienter bliver inddraget med udgangspunkt i eget forløb og egne ressourcer.

Det kræver en særlig indsats at sikre, at ældre, svækkede eller skrøbelige patienter også inddrages i egen behandling, og oplever at få den information og viden, som deres forløb kræver. I disse situationer er det væsentligt at sikre inddragelse af pårørende, såfremt patienten ønsker det, fordi de ofte kan udgøre en stor ressource for patienten. Endelig er det væsentligt, at de patienter, der kan have udfordringer med den øgede digitalisering, tilbydes egnede alternativer til patientinddragelse, f.eks gennem personlig kontakt.

ANBEFALING 9:

Der skal arbejdes systematisk med patientinddragelse i alle patientforløb.

Mere inddragelse af pårørende

For nogle patienter kan det være en stor hjælp at have pårørende eller andre støttepersoner med til besøg på hospitalet eller hos egen læge. Derfor skal det være et centralt omdrejningspunkt, at hospitalet understøtter, at alle patienter, der ønsker en pårørende eller en støtteperson tilstede ved samtaler eller i andre behandlingssituationer, har mulighed for det.

Pårørende kan yde en vigtig indsats, som støtte for svækkede eller syge ældre. Når pårørende er med på hospitalet, kan det give en bedre sammenhæng og kvalitet i behandlingen og plejen, og det kan give bedre livskvalitet for det enkelte menneske.

De pårørende, der er med til samtalen med lægen, kan hjælpe med at huske, hvornår medicinen skal tages og kan være med til at følge op på forløbet efter indlæggelse mv. Pårørendeinddragelse er et positivt bidrag i et forløb både for patienten og det sundhedsfaglige personale, fordi inddragelse af pårørende kan være med til at skabe bedre kvalitet og sammenhæng i behandlingsforløb, og dermed forhindre unødvendige genindlæggelser og fejlbehandling.

ANBEFALING 10:

Der skal ske systematisk inddragelse af pårørende i de patientforløb, hvor det er relevant.

Bedre kommunikation mellem sektorer og afdelinger

Når en patient udskrives, skal der videregives relevant information til egen læge, ligesom kommunen skal have besked, hvis en patient modtager hjemmesygepleje eller praktisk hjælp. I Sundhedsaftalerne er der allerede en række indsatser i gang, der understøtter kommunikationen mellem sektorer. Det er en opgave for alle hospitalerne at sikre, at det er den relevante information, der gives videre i hvert enkelt forløb med udgangspunkt i den kommunikationsaftale, der er indgået med kommunerne.

Desuden understøtter Sundhedsplatformen kommunikationen mellem afdelinger og mellem hospitaler. Men der er behov for at se på, om kommunikationen er god nok både internt på hospitalerne, men også med kommuner og almen praksis. F.eks. skal det sikres at information til kommunerne er uden forsinkelse, når patienter udskrives uanset, om patienten har været akut på hospitalet, eller det har været et planlagt forløb eller besøg.

ANBEFALING 11:

Der skal medfølge en konklusion og en klar plan inklusiv relevant kontaktinformation på alle forløb, når en patient udskrives eller overflyttes. Det er et særligt opmærksomhedspunkt, at der gives hurtig information til kommunen, når patienter, der har behov for hjemmesygepleje eller anden hjælp, udskrives.

BEDRE PATIENTFORLØB I HELE REGIONEN

Udvalget ønsker med disse anbefalinger at sætte nye mål for gode patientforløb i Region Hovedstaden. Anbefalingerne er rettet mod hospitalernes organisering og struktur, men gode patientforløb afhænger i høj grad af et godt tværsektorielt samarbejde, hvor hospitalerne kun udgør én part. Kommunerne og almen praksis har med deres kendskab til patienterne en helt afgørende rolle i at sikre gode patientforløb. Det er udvalgets håb, at anbefalingerne også kan være et godt fundament for et styrket samarbejde på tværs af sektorerne til gavn for patienterne.

Udvalget har store forhåbninger til den patientansvarlige læge, der kan være en nøgleperson i at skabe gode forløb og tryghed for de patienter, der har vanskelige forløb. Udvalget ser derfor frem til, at den patientansvarlige læge implementeres i regionen, og bidrager til sammenhæng og høj kvalitet. Ligeledes vil de nye hospitalsbyggerier give bedre forudsætninger for at kunne skabe gode forløb. Endelig giver Sundhedsplatformen helt nye muligheder for kommunikation på tværs af afdelinger, ligesom patienten med Min Sundhedsplatform får mulighed for direkte kommunikation med afdelingen.

Lighed i sundhed

Det har været en rød tråd i udvalgets arbejde at understøtte lighed i sundhed i alle anbefalingerne.

Udvalget er opmærksomt på, at der er en særlig udfordring for de patienter, som har både somatisk og psykisk sygdom. Derfor er udvalgets sidste anbefaling, at der ses nærmere på hvordan man skaber gode forløb for denne patientgruppe.

ANBEFALING 12:

Der igangsættes et arbejde, om hvordan der sikres sammenhæng for patienter med samtidig somatisk og psykisk sygdom.

Implementering

Udvalget har med disse anbefalinger skabt bedre forudsætninger for gode patientforløb.

Mange af udvalgets anbefalinger er ikke ny viden, og flere af anbefalingerne findes i dag på hospitalerne i større eller mindre grad. Det er udvalgets forventning, at anbefalingerne nu implementeres i hele regionen, så patienterne i hele regionen får ens muligheder. Det forudsætter også, at den læring og viden der er i dag på tværs af hospitalerne, styrkes og prioriteres af både ledere og medarbejdere.

Udvalgets arbejde skal desuden indgå i den kommende hospitalsplan.

12

ANBEFALINGER

1

Almen praksis får adgang til at henvise patienter med simple problemstillinger til hurtig afklaring på de diagnostiske afdelinger. Patienter kan henvises på baggrund af symptomer/udvalgte tilstande, der fagligt set forventes at kunne behandles af egen læge.

2

Patienter, som egen læge vurderer, skal udredes i hospitalsregi, og som har uspecifikke symptomer, kan henvises direkte til en diagnostisk enhed.

3

Læger på et ambulatorium skal viderehenvise patienter til en diagnostisk enhed, hvis de ikke kan finde en forklaring på de symptomer, patienten er henvist for. Det er en forudsætning, at der er konfereret med patientens egen læge.

4

Der skal etableres sammedagsudredning i de diagnostiske enheder og på de medicinske ambulatorier, så patienterne som udgangspunkt kun skal komme én gang.

5

Patienter med flere kroniske sygdomme skal have koordinerede og individuelt tilrettelagte konsultationer, hvor det er muligt. Det kan f.eks. ske gennem etablering af medicinske fællesambulatorier, hvor opfølgning på flere sygdomme samles i ét besøg og prøvetagning sker samme dag som besøget.

6

Akutte indlæggelser skal forebygges ved, at der etableres sub-akutte tilbud, som patienter kan henvises til inden for 1-2 dage. Det skal forebygges besøg og indlæggelser på en akutmodtagelse.

7

De medicinske afdelinger skal give rådgivning og støtte til udvalgte grupper af kroniske patienter, som et alternativ til en akut indlæggelse.

10

Der skal ske systematisk inddragelse af pårørende i de patientforløb, hvor det er relevant.

8

Almen praksis skal kende til den eksisterende mulighed for at få faglig sparring af læger på hospitalerne.

11

Der skal medfølge en konklusion og en klar plan inklusiv relevant kontaktinformation på alle forløb, når en patient udskrives eller overflyttes. Det er et særligt opmærksomhedspunkt, at der gives hurtig information til kommunen, når patienter, der har behov for hjemmesygepleje eller anden hjælp, udskrives.

9

Der skal arbejdes systematisk med patientinddragelse i alle patientforløb.

12

Der igangsættes et arbejde, om hvordan der sikres sammenhæng for patienter med samtidig somatisk og psykisk sygdom.



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden

Center for Sundhed
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon: 38 66 50 00
E-mail: regionh@regionh.dk