SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

13-01-2015 13:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H3

MEDLEMMER

Flemming Pless	Næstformand	Afbud
Leila Lindén	Rådsmedlem	
Marianne Stendell	Rådsmedlem	
Karin Friis Bach	Formand	
Mette Abildgaard	Rådsmedlem	
Niels Høiby	Rådsmedlem	
Marlene Harpsøe	Rådsmedlem	
Ole Stark	Rådsmedlem	
Annie Hagel	Rådsmedlem	

INDHOLDSLISTE

1. Analyse af ny styringsmodel for hospitalsområdet, med øget fokus på kvalitet, forbedret sundhedstilstand og omkostningseffektivitet
2. Godkendelsessag: Høringssvar vedr. kongeindikatorerne
3. Godkendelsessag: Høringssvar vedr. ambitionsniveau for indikatorerne i driftsmålstyringen
4. Orienteringssag: Patientsikkert Sygehus i Region Hovedstaden
5. Godkendelsessag: Foretræde for Sundhedsudvalget – tilføjelse til udvalgets forretningsorden
6. Godkendelsessag: Sundhedsudvalgets møder med brugerorganisationer
7. Orienteringssag: Afrapportering på kvalitets databasen for KOL
8. Beslutningssag: Drøftelse af høringsaktiviteter i forbindelse med høring af forslag til en revision af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
9. Eventuelt

1. ANALYSE AF NY STYRINGSMODEL FOR HOSPITALSOMRÅDET, MED ØGET FOKUS PÅ KVALITET, FORBEDRET SUNDHEDSTILSTAND OG OMKOSTNINGSEFFEKTIVITET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Det fremgår af budgetaftalen for 2015, at *"Partierne er enige om at få undersøgt, om der kan udvikles en ny styringsmodel for hospitalsområdet, der indebærer øget fokus på kvalitet, forbedret sundhedstilstand og samtidig sikre omkostningseffektivitet."*

Med denne mødesag igangsættes undersøgelsen af mulighederne for en ny styringsmodel på hospitalsområdet.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget drøfter perspektiverne i forhold til regionens styringsmodel med fokus på sundhedstilstand og kvalitet, og

1. **at** der indsamles yderligere materiale om danske og internationale erfaringer med styringsmodeller med fokus på sundhedstilstand og kvalitet.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:
Oplægget blev drøftet. Udvalget tiltræder indstillingen med følgende bemærkninger:

- at udvalget gerne ser at Region Hovedstaden tager aktiv del i Danske Regioners arbejde på området
- at udvalget gerne vil opfordre til, at der bliver afholdt et temamøde hvor hele regionsrådet inviteres til en drøftelse af emnet.

Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Det fremgår af budgetaftalen for 2015, at:

"Partierne er enige om at få undersøgt, om der kan udvikles en ny styringsmodel for hospitalsområdet, der indebærer øget fokus på kvalitet, forbedret sundhedstilstand og samtidig sikre omkostningseffektivitet."

Med udgangspunkt i det som bilag vedlagte notat lægges op til en videre undersøgelse af mulighederne for en ny styringsmodel på hospitalsområdet.

Indledningsvist redegøres der i notatet for de eksisterende styringsmodeller i Region Hovedstaden der omfatter takststyringsmodellen og det nye tiltag i forbindelse med Fokus og forenkling, dvs. driftsmålstyringen, som udrulles i løbet af 2015 på alle niveauer i organisationen.

Videre redegøres for erfaringerne med andre styringsmodeller i de øvrige regioner samt for en ny fælles regional arbejdsgruppe nedsat af Danske Regioners bestyrelse.

Derudover redegøres for de svenske erfaringer med forsøg på øget fokus på kvalitet og patienten i centrum.

Afslutningsvist gives et oplæg til, hvad det videre arbejde med undersøgelsen skal indeholde.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
Indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der planlægges ikke særskilt kommunikation.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
-

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling/ Torben Hedegaard

JOURNALNUMMER
15000164 Overvejelser omkring styringsmodeller på sundhedsområdet

BILAGSFORTEGNELSE
1. Overvejelser omkrings styringsmodeller på sundhedsområdet 08012015
2. Præsentation ved Søren Helsted

2. GODKENDELSESSAG: HØRINGSSVAR VEDR. KONGEINDIKATORERNE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Forretningsudvalgets besluttede den 21. oktober 2014, at anmode de stående udvalg og Kræftudvalget om en udtalelse vedrørende forslaget til kongeindikatorerne for de fire vedtagne politiske målsætninger. På baggrund af udvalgets drøftelser på mødet det 25. november 2014 har administrationen udarbejdet et udkast til høringssvar.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at Sundhedsudvalget godkender udkastet til høringssvar til forretningsudvalget vedrørende kongeindikatorerne.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:
Godkendt.

Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Regionsrådet vedtog den 8. april 2014 en ny vision, mission og strategi. I denne sammenhæng blev der besluttet fire politiske målsætninger, der skal understøtte arbejdet med at implementere vision og mission. Der er efterfølgende udviklet et sæt kongeindikatorer, der sammen med indikatorerne i driftsmålsstyringen for hver enkelt politisk målsætning giver mulighed for at følge udviklingen på området.

Forretningsudvalget besluttede den 21. oktober 2014 at anmode de stående udvalg og Kræftudvalget om en udtalelse om udkastet til kongeindikatorer.

Sundhedsudvalget er således blevet bedt om at vurdere, om kongeindikatorerne giver meningsfulde data, der gør, at udvalget kan følge udviklingen i de politiske målsætninger, der ligger inden for udvalgets område og giver udvalget grundlag for at kunne foreslå korrigerende eller supplerende indsatser, hvis man ikke finder udviklingen ønskelig.

Samtidig kunne udvalget vælge at drøfte, om de foreslåede kongeindikatorer samlet set giver regionsrådet det nødvendige grundlag for at kunne følge udviklingen i alle de politiske målsætninger.

Udvalget blev bedt om at forholde sig til:

- om udvalget er enig i valget af kongeindikatorer?
- såfremt udvalget ikke er enig, hvad er så begrundelsen herfor?
- hvorledes udvalget i sin rolle som politikopfølgende og politikformulerende ønsker at følge op på resultaterne af kongeindikatorerne og dermed i resultaterne i forhold til de politiske målsætninger?

Sundhedsudvalget har i sine drøftelser på mødet den 25. november 2014 primært forholdt sig til kongeindikatorerne vedrørende Patientens situation styrer forløbet og Høj faglig kvalitet.

Administrationens udkast til høringssvar ses i bilaget.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Udvalgets høringssvar sendes til forretningsudvalget senest den 21. januar og behandles på forretningsudvalgets møde den 27. janaur 2015.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER
14002151

BILAGSFORTEGNELSE
1. FU_Høringssvar_kongeindikator

3. GODKENDELSESSAG: HØRINGSSVAR VEDR. AMBITIONSNIVEAU FOR INDIKATORERNE I DRIFTSMÅLSTYRINGEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Forretningsudvalgets besluttede den 21. oktober 2014, at anmode de stående udvalg og Kræftudvalget om en udtalelse vedrørende forslaget til ambitionsniveau for indikatorerne i driftsmålstyringen. På baggrund af udvalgets drøftelser på mødet det 25. november 2014 har administrationen udarbejdet et udkast til høringssvar.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget godkender administrationens udkast til høringssvar.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:
Godkendt med to præciseringer vedrørende indikatoren for udredningsretten.

Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Som en del af udmøntningen af regionens strategimodel Fokus og Forenkling indføres en model for driftsmålstyring. Driftsmålstyringen er et system af indikatorer, for hvilke der fastsættes ambitionsniveauer. Der udarbejdes månedligt opgørelser for driftsmålene med det formål at følge driften og de heraf opnåede resultater.

De politiske udvalg vil fire gange årligt få forelagt data for de indikatorer, der er relevante i forhold til rollen som politikopfølgende. Hermed får udvalgene mulighed for at stille spørgsmål til udviklingen i driften og bede om uddybende materiale, når de finder dette relevant.

Forretningsudvalget vedtog på møde i juni 2014 indikatorer for driftsmål. Der skal nu fastlægges ambitionsniveauer for disse indikatorer, og det er disse ambitionsniveauer, som forretningsudvalget den 21. okotober 2014 har bedt udvalgene om at komme med et høringssvar i forhold til.

Sundhedsudvalget drøftede på mødet den 25. november 2014, hvorvidt det foreslåede ambitionsniveau svarer til regionsrådets politiske ambitionener. Samt om det er anvendeligt i forhold til at kommunikere de politiske ambitioner til de ansatte i regionen og regionens borgere. Sundhedsudvalget drøftede også, om ambitionsniveauerne, så vel som de valgte indikatorer samlet set, på bedst mulig måde understøtter den ønskede udvikling i regionens drift.

Udvalget er blevet bedt om at besvare følgende spørgsmål:

- om udvalget er enig i de fastlagte ambitionsniveauer for driftsmålene?
- såfremt udvalget ikke er enig i konkrete ambitionsniveauer, hvad er så baggrunden for dette?
- såfremt udvalget ikke er enig i konkrete ambitionsniveauer, hvilket ambitionsniveau foreslår udvalget i stedet?

Sundhedsudvalgets drøftelse drejede sig om indikatorerne på sundhedsområdet vedrørende tilfredshed, leverance og kvalitet.

Administrationens udkast til udtalelse er vedlagt i bilag.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen medfører ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sundhedsudvalgets høringssvar sendes til forretningsudvalget den 21. januar.
Sundhedsudvalget vil på mødet den 28. april for første gang få forelagt tal fra driftsmålstyringen for sundhedsområdet i forhold til tilfredshed, leverance og kvalitet.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER
14002151

BILAGSFORTEGNELSE
1. FU_Høringssvar_ambitionsniveau for driftsmål - final

4. ORIENTERINGSSAG: PATIENTSIKKERT SYGEHUS I REGION HOVEDSTADEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Sundhedsudvalget bad på mødet den 24. juni 2014 administrationen om at udarbejde et forslag til udbredelse af Patientsikkert Sygehus i Region Hovedstaden "set i lyset af hvad der vil være realistisk for alle regionens hospitaler at arbejde med og sat i relation til de igangværende aktiviteter i regionen. Udvalget bemærker især implementeringsmetoderne fra projektet og behovet for, at en implementering sker med inddragelse af personale og ledelser, så der sikres ejerskab lokalt".

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:
Orienteringen taget til efterretning.

Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Administrationen finder, at regionens fortsatte arbejde med de gode erfaringer og flere af elementerne fra Patientsikkert Sygehus med fordel kan og bør integreres i det aktuelle arbejde med driftsmålstyring – for så vidt angår kvalitet på sundhedsområdet. En nærmere beskrivelse heraf findes i bilaget.

Projekterne Patientsikkert Sygehus, Sikre fødsler og Sikker psykiatri har alle fokus på at forbedre kvaliteten (gennem reduktion af skader og dødelighed) ved at arbejde struktureret med udvalgte indsatser. Dette sker gennem understøttelse af forbedringsindsatser ved systematisk brug af data og ved hjælp af specifikke implementeringsmetoder.

Som en del af Fokus og Forenkling indfører Region Hovedstaden driftsmålsstyring, som udrulles fra den 1. januar 2015. Driftsmålstyringen er en aktivitet der sikrer styring af udviklingen i driften i relation til blandt andet kvalitet. Udviklingen kan følges fra koncernniveau til den enkelte afdeling med udgangspunkt i få udvalgte indikatorer. Driftsmålstyring kan i relation til kvalitet medvirke til at sikre Region Hovedstadens udbredelse af principperne i eller de gode erfaringer med Patientsikkert Sygehus.

Driftsmålstyring har til formål at skabe overblik og styrbarhed for den øverste ledelse samtidigt med, at det er et dagligt ledelsesværktøj, som skaber udvikling i driften lokalt. Driftsmålstyring tager udgangspunkt i fem temaer for driften: tilfredshed, levering, kvalitet, medarbejdere og ledere samt produktivitet. De lokale udviklingsaktiviteter hjælpes på vej med tilbud om uddannelse, konsulentbistand og sparring m.m., hvilket er fint i tråd med de understøttende indsatser som Patientsikkert Sygehus foreslår.

Begge initiativer sætter fokus på målstyret ledelse og udvalgte indsatsområder, som forbedres ved brug af forbedringsmodellen PDSA (Plan-Do-Study-Act). Det er en implementeringsmetode der har vist sig velegnet til at skabe varige forbedringer i hurtigt tempo, blandt andet fordi medarbejderne involveres aktivt og har indflydelse på forbedringsinitiativerne.

Derudover er det planlagt at der udarbejdes inspirationsmateriale ("pakker") indenfor driftsmålstyringens indikatorer på kvalitetsområdet, hvor der også vil blive etableret netværk. Det forventes, at man starter på infektionsområdet i regi af Taskforce for halvering af infektioner.

Tabel 1 viser sammenhængen mellem driftsmålstyring og Patientsikkert Sygehus, herunder grundlaget for at sikre en god synergi mellem de to aktiviteter.

Tabel: Sammenligning af elementerne fra driftsmålstyringen og Patientsikkert Sygehus

Driftsmålsstyring – kvalitet	Patientsikkert Sygehus
Brug af data i ledelse og forbedringer	Datadrevet ledelse og forbedringer
Indikatorer → indsatsområder	Pakker → indsatsområder
Brug af forbedringsmetoden→PDSA	Brug af forbedringsmetoden → PDSA
Uddannelse: tavlemøder, forankring/-implementering og forbedringsarbejde. Supplerende uddannelse med fokus på forbedringsarbejde	Uddannelse i forbedringsmodel og implementering
Netværk og eksperter	Netværk og eksperter
Kampagne om driftsmålstyring	Fejring og kampagner

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats i relation til denne sag. Der findes en kommunikationsplan og en intranetside vedrørende driftsmålstyringen og det overvejes at lave nyheder til intranettet vedrørende sammenhængen mellem driftsmålstyringen og Patientsikkert Sygehus initiativerne.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sundhedsudvalget vil kvartalsvis fra april måned få forelagt data fra driftsmålstyringen vedrørende tilfredshed, leverance og kvalitet på sundhedsområdet.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER
14002151

BILAGSFORTEGNELSE
1. Bilag til sag om DMS og PSS

5. GODKENDELSESSAG: FORETRÆDE FOR SUNDHEDSUDVALGET – TILFØJELSE TIL UDVALGETS FORRETNINGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Regionsrådet besluttede på sit møde den 18. november 2014, at der indføres en ordning med foretræde for regionsrådets stående udvalg. Regionsrådet anbefalede også et forslag til en supplerende bestemmelse, som udvalgene kan sætte ind i deres forretningsorden. Ordningen med foretræde gælder også for forretningsudvalget i det omfang udvalget varetager politikformulerende opgaver. Dagsorden med beslutning fra regionsrådets møde vedlægges.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

1. **at** Sundhedsudvalget vedtager en tilføjelse til udvalgets forretningsorden i overensstemmelse med forslaget i mødesagen, og
2. **at** Sundhedsudvalget godkender det vedlagte forslag til retningslinjer for den praktiske afvikling af foretræde.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:
Godkendt.

Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Ved et foretræde kan borgere, foreninger, organisationer mv. give deres mening til kende vedrørende de sager, som udvalgene behandler og udvalgene kan få værdifulde input til deres behandling af sagerne. Regionsrådet behandler på sit møde den 16. december 2014 en sag om udvalgenes samarbejde med brugere og pårørende og indførelse af foretræde kan ses som en supplerende mulighed for grupper og enkeltpersoner, som udvalgene ikke i forvejen er i dialog med som brugere eller pårørende.

Ved foretræde kan man kort fremføre synspunkter om en konkret sag. Udvalgets medlemmer har mulighed for at stille spørgsmål, og den eller de, der søger foretræde, kan svare kort. Udvalget godkender ved mødets start anmodningen om foretræde. Den politiske behandling af sagen finder først sted efter foretræde, da udvalgsmøder er lukkede møder. Der kan kun anmodes om foretræde en gang om den samme sag. Af praktiske grunde vil den sag, der søges foretræde om, som regel blive flyttet op til behandling som den første sag på dagsordenen.

Hvis der søges foretræde om en sag eller et emne, som ikke er på dagsordenen, kan udvalget vælge at placere foretrædet til sidst i mødet.

Forslag til supplerende bestemmelser i udvalgets forretningsorden

"Foretræde for Sundhedsudvalget

"§ 7. Det er muligt for enkeltpersoner eller grupper at få foretræde for Sundhedsudvalget.
Stk. 2. Anmodning om foretræde skal være skriftlig og skal sendes til udvalgets sekretariat senest kl. 09.00 dagen før selve mødedagen, hvis sagen er på dagsordenen. Er sagen ikke på dagsordenen, er fristen for anmodning om foretræde senest tre arbejdsdage før selve mødedagen.
Stk. 3. Udvalgets formand indstiller til udvalget, om der skal gives foretræde.
Stk. 4. Udvalget beslutter ved mødets start om anmodningen om foretræde kan imødekommes.
Stk. 5. Der kan ikke anmodes om foretræde vedrørende personsager. Medarbejdere i Region Hovedstaden har ikke adgang til foretræde, for så vidt det angår arbejdsrelaterede emner.
Stk. 6. Udvalget fastsætter nærmere retningslinjer om foretræde for udvalget, der offentliggøres på www.regionh.dk."

Den praktiske gennemførelse
Den praktiske gennemførelse af en ordning med foretræde forudsætter, at foretræde kan afvikles inden for det tidsrum, der i mødeplanen er sat af til udvalgenes møder. Formanden må derfor tilrettelægge forløbet, således at tidsrammen overholdes og vil - hvis flere ønsker foretræde om den samme sag - kunne begrænse den enkelte gruppes taletid. Kan afvikling af flere foretræder ikke nås inden for rammen, vil udvalget have mulighed for at holde et særskilt møde med den eller de grupper, der ønsker en dialog med udvalget.

I lighed med hvad der gælder for regionsrådets spørgetid kan en ordning med foretræde ikke anvendes af regionens medarbejdere, der har adgang til at rejse spørgsmål og sager via MED-systemet eller via ledelsessystemet.

For det enkelte udvalg fastsættes der nærmere retningslinjer for den praktiske tilrettelæggelse af foretræde. Forslag til nærmere retningslinjer er vedlagt som bilag.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen medfører ikke økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Såfremt indstillingen tiltrædes vil der blive oplyst om muligheden for foretræde på regionens hjemmeside.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Såfremt indstillingen tiltrædes vil det herefter være muligt at få foretræde for Sundhedsudvalget.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER
14002151

BILAGSFORTEGNELSE
1. RR sag nr. 15 om foretræder
2. Retningslinjer for foretræde

6. GODKENDELSESSAG: SUNDHEDSUDVALGETS MØDER MED BRUGERORGANISATIONER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
For at sikre dialogmulighederne mellem Sundhedsudvalget og repræsentanter for patienter og pårørende besluttede udvalget på mødet den 7. oktober 2014 at afholde midst to årlige dialogmøder. Det første dialogmøde finder sted tirsdag den 17. februar 2015.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget vedtager et tema for dialogmødet den 17. februar 2015 på baggrund af det indsendte forsalg fra Børn, Unge og Sorg.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:
Udvalget vedtog at temaet for mødet med brugerorganisationer den 17. februar 2015 skal være Børn som pårørende (i relation til regionens Børne- og ungepolitik).

Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Formålet med dialogmøderne er at skabe et grundlag for samarbejde og udveksling af synspunkter mellem Sundhedsudvalget og patient- og interesseorganisationer.

På denne baggrund sendte formanden den 9. december 2014 et brev til Danske Patienters medlemsorganisationer, Ældrerådet i Region Hovedstaden, Forbrugerrådet og brugerorganisationer på børne- og ungeområdet. Brevet opfordrer organisationerne til at komme med forslag til temaer indenfor udvalgets ansvarsområde, der i særlig grad optager dem, og som de ønsker at drøfte. Temaerne skal således være relateret til udvalgets rådgivende og politikformulerende funktion på det somatiske sundhedsområde.

Administrationen har modtaget flere tilbagemeldinger der takker for muligheden for at komme med forslag. Der er dog kun indkommet et enkelt forslag til tema fra Børn, Unge og Sorg. Organisationen vil gerne drøfte et nationalt sorgcenter for personer, der oplever kompliceret sorg. Deres forslag kan ses i bilag.

På den baggrund foreslås det at udvalget drøfter, om der skal inviteres til et af følgende temaer:

1. Møde med brugerorganisationer på børne- og unge området vedrørende temaet Børn som pårørende fra regionens Børne- og ungepolitik.
2. Møde med brugerorganisationer om kompliceret sorg.

For begge temaer gælder, at administrationen vil invitere flere brugerorganisationer med - med henblik på en bredere drøftelse end den som Børn, Unge og Sorg peger på.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen medfører ikke økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der er oprettet en side på regionens hjemmeside om muligheden for dialogmøder.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Der er planlagt to dialogmøder i 2015: tirsdag den 17. februar og mandag den 22. juni 2015.

DIREKTØRPÅTEGNING
Christian Worm/Annemarie Hellebek

JOURNALNUMMER
14002151

BILAGSFORTEGNELSE

1. Notat fra Børn Unge og Sorg - Dialogmøde med Region Hovedstadens Sundhedsudvalg

7. ORIENTERINGSSAG: AFRAPPORTERING PÅ KVALITETS DATABASEN FOR KOL

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Forum for Kvalitet har på deres møde den 9. oktober vurderet, at resultaterne fra gennemgangen af den Nationale Årsrapport for 2013 fra Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom fremlægges for Sundhedsudvalget, grundet fokus på en af de store folkesygdomme.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:
Orienteringen taget til efterretning. Udvalget ønsker at høre mere om indsatsen for patienter med KOL, når den næste auditrapport forelægger.

Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom dækker både den ambulante og indlagte KOL-patient, og indeholder i alt 11 indikatorer.

Sundhedsfagligt råd for lungesygdomme har noteret sig med tilfredshed, at Region Hovedstaden på landsplan er den region der har forbedret sig mest siden sidste årsrapport med hensyn til indikatoropfyldelsen. Region Hovedstaden har således fremgang på alle parametre og ligger nu på niveau med de øvrige regioner.

Region Hovedstaden har en stigning på 18 procentpoint, fra 59 % i 2012 til 77 % i 2013, med hensyn til andelen af patienter med KOL som får opfyldt *samtlige* standarder for god kvalitet i den ambulante behandling. For langt de fleste enkeltindikatorer er standarden nu tæt på eller over de 90 % som er målet for god kvalitet. Regionen lever op til 6 (7) ud af de 11 indikatorer. For yderligere uddybning af sagen henvises til bilag 1, som er referatet fra det regionale auditmøde.

På mødet vil næstformanden for det Sundhedsfaglige Råd for Lungesygdomme i Region Hovedstaden overlæge Ejvind Frausing fra Hvidovre Hospital præsentere resultaterne.

Brugerperspektivet:
Der har siden 2009 været et forløbsprogram for KOL-patienter i Region Hovedstaden. Forløbsprogrammet er udarbejdet af hospitaler, kommuner og almen praksis i fællesskab og beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats vedrørende KOL. Administrationen er ved at udarbejde en proces for, hvordan forløbsprogrammet for KOL patienter, (på lige fod med de øvrige forløbsprogrammer), skal revideres. I dette arbejde laves konkrete anbefalinger til, hvordan patienter med KOL bedst inddrages i at revidere og udvikle programmet.

En undersøgelse fra 2013 viser, at KOL-patienten ønsker at sundhedsvæsenets ydelser skal være fleksible, de ønsker at sundhedsydelserne er til rådighed når behovet opstår, og at systemet fungerer automatisk på brugernes præmisser. I alt 34 KOL-patienter og otte pårørende deltog i det daværende arbejde med at udrede patienternes ønsker og oplevelser af det tværsektorielle KOL forløb. Det blev således tydeligt, at patienterne og de pårørende ønsker:

- Bedre tilgængelighed til de sundhedsfaglige ydelser
- Øget patientinddragelse
- Fleksible tilbud målrettet den enkelte
- Information og ligeværdig kommunikation

- Bedre opfølgning og placering af ansvar for den viderebehandlingsforløb
- En KOL-koordinator
- Netværksgrupper til pårørende
- Fælles IT-løsninger
- Pjece om livet med KOL

For ydeligere informationer om undersøgelsen, se rapporten her (side 62-63):
http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/5E757D55-B60F-4DE8-A0B1-E61216748B8F/0/Kronikerprogrammet_resultater_perspektiver.pdf

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der har ikke været en kommunikationsindsats i forbindelse med årsrapportens offentliggørelse i juni 2014.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
-

DIREKTØRPÅTEGNING
Christian Worm/Annemarie Hellebek

JOURNALNUMMER
14010091

BILAGSFORTEGNELSE
1. KOL RegionH sundhedsudvalg

8. BESLUTNINGSSAG: DRØFTELSE AF HØRINGSAKTIVITETER I FORBINDELSE MED HØRING AF FORSLAG TIL EN REVISION AF HOSPITALS- OG PSYKIATRIPLAN 2020

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Budgetaftalen for 2015 fastlægger, at Hospitals- og Psyiatriplan 2020 skal revideres.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

1. at Sundhedsudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler nogle emner og temaer, der skal være fokus på i høringsperioden,

2. at Sundhedsudvalget bemynder formanden til på vegne af udvalget at fremsende udvalgets anbefalinger til Forretningsudvalget senest den 20. januar 2015.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:
Udvalget pegede sammen med Kræftudvalget på følgende temaer:

- Hvordan sikre man tryghed for medarbejderne, når afdelinger skal flyttes mellem matrikler?
- Hvilken viden findes der om fordele og udfordringer i forbindelse med etableringen af udefunktioner?
- Hvilken effekt vil revisionen have på kvaliteten af de berørte behandlinger og patientforløb?
- Hvilken betydning vil revisionen af HOPP 2020 have på overgange i de berørte patientforløb (overgange mellem afdelinger, matrikler og hospitaler)?
- Hvilket potentiale giver forslaget i forhold til at samle viden, fx mht. dannelse af videncentre eller forskningsmuligheder?
- Hvilke trafikale udfordringer kan der være for de ambulante patienter ved forslaget? Herunder også mht. siddende patienttransport og parkering.

Flemming Pless (A), Leila Lindén (A), Marianne Stendell (A) og Marlene Harpsøe (O) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Rammen for revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
Den 8. september 2014 indgik syv partier aftale om regionens budget for 2015. Aftalen fastlægger, at der skal laves en revision af Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020). I aftalen er rammerne for en revision af HOPP 2020 beskrevet.

For uddybing af budgetaftalen for 2015 henvises til: http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/9C2D69AB-7CC3-4412-93E9-5FFEA8F195D9/0/Budget_2015_2018.pdf

Formål med revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
Region Hovedstaden er landets største hospitalsvæsen. Målet er, at det også skal være landets førende hospitalsvæsen, som leverer behandling af høj kvalitet på internationalt niveau. Regionens hospitaler skal derfor være kendetegnet ved at levere:

- sammenhængende patientforløb både mellem hospitaler og sektorer, hvor det er patientens situation, der styrer forløbet,
- høj faglig og patientoplevet kvalitet,
- udvikling af stærke toneagivende faglige miljøer som både skal være med til at sikre et hospitalsvæsen som leverer behandling på et højt internationalt niveau og som samtidig er en attraktiv arbejdsplads for regionens borgere,

- rammerne for et attraktivt og udviklende forskningmiljø.

Forslag til ændringer af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
Med afsæt i budgetaftalen for 2015 og den faglige gennemgang af specialerne anbefales der følgende ændringer til HOPP 2020:

- Der skal arbejdes henimod en ensretning af optageområderne for kvinde-barn specialerne.
- Regionens to afdelinger for dermatologi-venerologi og allergologi sammenlægges på Bispbebjerg Hospital.
- Regionens to brystkirurgiske afdelinger sammenlægges på Herlev og Gentofte Hospitaler.
- Regionens mammaradiologiske aktivitet og ledelsen af brystkræftscreeningsprogrammet samles på Herlev og Gentofte Hospitaler.
- Fysisk samling af den karkirurgiske afdeling på Rigshospitalet
- Samling af specialet klinisk onkologi på to afdelinger på henholdsvis Rigshospitalet og Herlev Hospital.
- Den ortopædkirurgiske funktion på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (Frederiksberg-matriklen) lukkes, og at al planlagt fingerkirurgi og håndkirurgi fra hele regionen flyttes til Herlev og Gentofte Hospital (Gentofte-matriklen).
- Samling af den urologiske aktivitet i to afdelinger på henholdsvis Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospitaler.
- Samling af regionens fire reumatologiske afdelinger til én afdeling ledet af Rigshospitalet og Glostrup Hospital.
- Organisatorisk og fysisk samling af Psykiatrisk Center København med Psykiatrisk Center Frederiksberg og organisatorisk sammenlægning af Psykiatrisk Center Glostrup med Psykiatrisk Center Hvidovre.

Alle ændringsforslag er uddybet i vedlagte bilag.

Møde med patientinddragelsesudvalget om revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
Patientinddragelsesudvalget (PIU) er i december blevet præsenteret for administrationens forslag til ændringer. Følgende emner blev drøftet:

- Hvad skal regionen være opmærksom på i forhold til at skabe mest mulig nærhed og tilgængelighed, når funktioner samles.
- Hvordan understøtter regionen bedst patienternes behov for tryghed og rettighed i hospitalsplanlægningen.

Opsummering af drøftelserne:

- Når der samles funktioner og generelt ændres ved placeringen bør der være fokus på at sikre gode adgangsveje og transport. Det skal være lettere at få transportmulighed, ventetiden bør minimeres, og der skal sikres information og kommunikation mellem hospital, transport og patient.
- Patienter oplever ikke altid regionen som én samlende behandlende enhed. Der opleves forskelle på kultur og ledelse.
- Der skal være fokus på patientuddannelse og på at sikre bred anerkendelse af, hvad en patientuddannelse er, og hvad den kan bidrage med. Patienter skal være i stand til at tage mere ansvar for deres egen sygdom.
- Patientrettet information og kommunikation er afgørende for, at patienter føler sig trygge i behandlingen i sundhedsvæsenet. Den manglende informationsdeling mellem afdelinger/hospitaler såvel som mellem sektorer opleves som et eksempel på manglende sammenhæng for patienter.

PIU blev også anmodet om at komme med forslag til borgerrettede aktiviteter i høringsperioden. Følgende blev foreslået:

- at der planlægges aktiviteter, der er temaopdelte,
- at patientforeninger inviteres direkte til høringsaktiviteter,
- at der til relevante patientforeninger udarbejdes målrettet høringsmateriale,
- at der informeres om høringen direkte til patientforeningerne, på regionens hjemmeside, via

annoncer og pressemeddelelser i lokalaviser, omdeles information på regionens akutklinikker og akutmodtagelser,
- at der bliver mulighed for at fremsende høringssvar, som ikke er elektronisk baseret eksempelvis via hørings-postkort, der omdeles på hospitalerne (fx. på akutklinikker og akutmodtagelser),
- at alt materiale gøres tilgængeligt på regionens hjemmeside.

Det blev også drøftet, at hvis der afholdes aktiviteter, hvor borgerne skal føle sig inddraget og hørt, så skal de tage udgangspunkt i nogle åbne spørgsmål, som opfordrer borgerne til at bidrage i en konstruktiv tone.

Opsummerende notat fra mødet med PIU er vedlagt som bilag.

Høringsperiode
Det foreslås, at ændringsforslagene sendes i bred høring i perioden 4. februar - 24. april 2015, og at regionen anmoder Sundhedsstyrelsen om rådgivning i forhold til de foreslåede ændringer.
Vedlagt som bilag er en oversigt over høringsparter.

Med afsæt i erfaringer fra tidligere afholdte høringer samt patientinddragelsesudvalgets anbefalinger foreslås følgende høringsaktiviteter:

- Brede borgerrettede aktiviteter: Mulighed for at tilkendegive holdninger om ændringsforslagene via facebook, annoncering af ændringsforslag via twitter og annoncering af ændringforslag via regionens hjemmeside og pressemeddelse med mulighed for at aflevere skriftlige høringssvar via email. Temaer fra revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020 kan muligvis indgå i regionens dialogmøde, der planlægges den 28. februar 2015 som et led i Danske Regioners projekt " Borgernes Sundhedsvæsen - vores sundhedsvæsen". Dette er dog ikke endelig vedtaget, og det vil kræve, at temaerne, som vil indgå, er i tråd med den overordnede ramme ”Service og kommunikation”.

- Brede patientrettede aktiviteter: Annoncering af ændringsforslagene på regionens hospitaler med særlig fokus på de berørte afdelinger og specialer. Der opstilles 'postkort', hvor patienter og pårørende har mulighed for at komme med forslag og tilkendegive holdninger.

- Målrettet ansatte og medarbejderudvalg: Der afholdes i høringsperioden et gå-hjem møde, hvor alle ansatte og fagforeninger inviteres til at deltage. Formål er at skabe mulighed for an åben konstruktiv debat om, hvordan vi bedst muligt sikrer implementeringen af forslagene. Derudover har alle hospitaler via deres medarbejderudvalg (VMU) mulighed for at afgive skriftligt høringssvar.

- Målrettet kommunerne: Den Administrative Styregruppe (DAS) har anbefalet, at der ikke tilrettelægges særskilte høringsinitiativer målrettet kommunerne. DAS anbefaler, at høringsmaterialet sendes til samordningsudvalgene, og at samordningsudvalgene drøfter konsekvenserne af ændringsforslagene med fokus på, hvordan der sikres en god implementeringsproces og konkretisering af ændringsforslagene, hvor der er fokus på nærhed og sammenhæng for borgerne.

Alle høringssvar vil blive gjort tilgængelige på regionens hjemmeside i takt med, at administrationen modtager dem.

Godkendelse af revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
På baggrund af de input, der modtages i høringsperioden: både skriftlige høringssvar og de dialogbaserede høringssvar og bemærkninger, udarbejdes et forslag til en revision af Hospitals- og Psykiatriplan 2020, som forelægges regionsrådet med henblik på godkendelse den 16. juni 2015.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingerne indebærer i sig selv ingen økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der udsendes en pressemeddelelse, når planen sendes i høring. Derudover så planlægges der de i sagen beskrevne høringsaktiviteter og alle høringssvar vil blive gjort tilgængelige på www.regionh.dk

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER
14013453

BILAGSFORTEGNELSE

1. Notat administrationens ændringsforslag til HOPP 2020_til forligskredsen
2. Notat_Opsamling på møde med PIU_10 12 2014
3. Oversigt over høringsparter revsion af HOPP 2020_19.dec. 2014
4. Høringssvar til FU vedr temaer for høring af HOPP revision

9. EVENTUELT

EVENTUELT
Tomt indhold

SUNDHEDSSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

13-01-2015 13:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H3

MEDLEMMER

Flemming Pless	Næstformand	Afbud
Leila Lindén	Rådsmedlem	
Marianne Stendell	Rådsmedlem	
Karin Friis Bach	Formand	
Mette Abildgaard	Rådsmedlem	
Niels Høiby	Rådsmedlem	
Marlene Harpsøe	Rådsmedlem	
Ole Stark	Rådsmedlem	
Annie Hagel	Rådsmedlem	

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - Siden sidst
2. Meddelelse: Kriterier for tildeling af Kvalitetsprisen 2015
3. Meddelelser - Arbejdsplan

1. MEDDELELSER - SIDEN SIDST

SUNDHEDSUDVALGET_MEDDELELSER
Sundhedsudvalget har modtaget følgende siden sidste møde:
Den 17. december 2014: Underretning om indberetning til Sundhedsstyrelsen fra Region Hovedstaden for oktober 2014
den 18. december 2014: Hjertemonitoreringsdata

Derudover har Region Hovedstaden svaret på to henvendelser fra Folketinget - se vedlagt i bilag.

JOURNALNUMMER
14002151

BILAGSFORTEGNELSE
1. Svarbidrag om tiltag til unge patienter - dec 2014
2. Svarbidrag vedr folketingsspørgsmål nr 195-199

2. MEDDELELSE: KRITERIER FOR TILDELING AF KVALITETSPRISEN 2015

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Regionsrådet skal igen i 2015 uddele en kvalitetspris. Kriterierne for tildelingen har tidligere været koblet til regionens kvalitetspolitik. Kvalitetsprisen skal understøtte den nuværende og kommende indsats på kvalitetsområdet med driftsmålstyring og strategiske indsatser.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING
Kvalitetsprisen uddeles i 2015 for syvende gang, og det samlede beløb til kvalitetsprisen er på 150.000 kr.
Hospitalsdirektionerne skal indstille projekter og indsatser fra eget hospital. Projekter fra almen praksis indstilles via KAP-H.

Kriterier for tildeling af kvalitetsprisen
I 2014 var tildelingskriterierne knyttet til, hvad vi forventede ville blive regionens politiske målsætninger, dvs. Patientens situation styrer forløbet, Høj faglig kvalitet og Lighed i sundhed. Det medførte en stor variation i de indsendte projekter, hvor flere alene havde patienttilfredshed som resultatmål.

På den baggrund er det besluttet at kriterierne for tildeling kobles til den del af driftsmålstyringen der vedrører kvalitet på sundhedsområdet, samt til den strategiske indsats Sammenhængende patientforløb. Indsatserne skal således enten:

- understøtter regionens driftsmålstyring på kvalitetsområdet, dvs. understøtte indsatsen for at reducere forekomsten af hospitalsinfektioner, uventet død (herunder tidlig opsporing af kritisk sygdom) eller forebyggelige genindlæggelser.

Eller:

- understøtte Sammenhængende patientforløb gennem indsatser, der har skabt målbare forbedringer af den interne eller eksterne koordinering af forløb. Gerne indsatser, der understøtter hospitalets arbejde for at skabe større sammenhæng i patientforløbene.

Indsatserne skal kunne vise målbare forbedringer, gerne direkte på indikatorerne i driftsmålstyringen.

Nedsættelse af bedømmelseskomite
Der nedsættes en bedømmelseskomite bestående af følgende:

- Koncerndirektør Svend Hartling
- Centerdirektør Christian Worm
- Hospitalsdirektør Janne Elsborg
- Kvalitetschef Annemarie Hellebek
- Ledende overlæge Henrik Lund-Andersen (prismodtager fra 2014)
- 1-2 klinikere

Kvalitetsprisen uddeles i forbindelse med regionens kvalitetsdag, som i 2015 finder sted den 22. maj 2015.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
Der er afsat midler til Kvalitetsprisen, så en tiltrædelse af indstillingen medfører ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der planlægges en kommunikationsindsats internt i regionen vedrørende tildelingen af kvalitetsprisen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Der indkaldes forslag til prismodtagere i januar 2015. Udvalget orienteres mundtligt på mødet den 28. april 2015 om, hvem der modtager prisen. Selve prisoverrækkelsen finder sted den 22. maj 2015.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER
14013998

3. MEDDELELSER - ARBEJDSPLAN

MEDDELELSER
Vedhæftet er Sundhedsudvalgets arbejdsplan.

JOURNALNUMMER
14002151

BILAGSFORTEGNELSE
1. Arbejdsplan for Sundhedsudvalget

Center for Økonomi

Budget og Byggestyring

Kongens Vænge 2
DK - 3400 Hillerød

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal

Telefon 38 66 50 00
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Dato: 6. januar 2015

NOTAT

Til:

Overvejelser om nye tiltag i styringen på hospitalsområdet

Baggrund.

Det fremgår af budgetaftalen for 2015, at:

"Partierne er enige om at få undersøgt, om der kan udvikles en ny styringsmodel for hospitalsområdet, der indebærer øget fokus på kvalitet, forbedret sundhedstilstand og samtidig sikre omkostningseffektivitet."

Med dette notat lægges op til en videre undersøgelse af mulighederne for en ny styringsmodel på hospitalsområdet.

Indledningsvist redegøres for de eksisterende styringsmodeller i Region Hovedstaden der omfatter takststyringsmodellen og det nye tiltag i forbindelse med Fokus og forenkling, dvs. driftsmålstyringen, som udrulles i løbet af 2015 på alle niveauer i organisationen.

Videre redegøres for erfaringerne med andre styringsmodeller i de øvrige regioner, og der redegøres for de svenske erfaringer med forsøg på øget fokus på kvalitet og patienten i centrum.

Afslutningsvist gives et oplæg til, hvad det videre arbejde med undersøgelsen skal indeholde.

Nuværende styring i Region Hovedstaden

Takststyringsmodellen
Region Hovedstaden har siden regionens dannelse i 2007 haft en takststyringsmodel hvis formål det er at sikre en sammenhæng mellem præsterede aktiviteter og bevillinger, hvor afvigelser fra aktivitetsforudsætningerne kan udløse ændringer i den bevillingsmæssige ramme. Takststyringsmodellen indgår som en del af bevillingsreglerne i budgettet, jf. vedlagte uddrag af bevillingsreglerne, hvor reglerne fremgår.

Takststyringsordningen indebærer, at der ved årets start i forbindelse med budgetlægningen fastlægges et aktivitetsbudget og et udgiftsbudget for hvert enkelt hospital.

Takststyringsordningen er baseret på DRG-takstsystemet, hvor staten fastlægger takster for hospitalsbehandling baseret på landsgennemsnitlige omkostninger for aktiviteten inddelt i ca. 730 forskellige indlæggelsesforløb og ca. 240 forskellige ambulante behandlinger.

Der tages udgangspunkt i aktiviteten og takststyringsordningens resultat for det foregående år korrigeret for produktivitetskrav i det nye år.

Såvel aktivitets- som udgiftsbudget fastsættes på hospitalsniveau, og hospitalsdirektionerne afgør dermed selv, hvorledes budgetterne fastsættes på afdelingsniveau.

Har hospitalet mindreaktivitet i årets løb, reduceres udgiftsbudgettet med 50 pct. af DRG-værdien af mindreaktiviteten.

Med hensyn til meraktivitet har der i de senere år været indbygget et loft i takststyringsordningen. Loftet betyder, at aktivitet over det fastlagte budget ikke honoreres.

Er der områder, hvor hospitalet forventer en særlig meraktivitet, eller hvor der er tendens til stigende ventetid, kan hospitalet indsende en ansøgning til administrationen om en konkret udgiftsbevilling forbundet med den pågældende meraktivitet. Ansøgningen kan føre til, at både driftsbudget og aktivitetsbudget forhøjes i en af årets økonomirapporter.

Der er i øvrigt praksis for, at der skal korrigeres for utilsigtede virkninger af takststyringsordningen.

Fx vil det være naturligt, at der korrigeres, hvis hospitalet gennemfører en omlægning hvor patienter, der tidligere har været behandlet under indlæggelse i stedet behandles ambulant. Normalt vil en sådan omlægning udløse en mærkbar mindreaktivitet i DRG-systemet, fordi behandling under indlæggelse er dyrere og takseres højere end ambulant behandling.

I nogle tilfælde har hospitalet imidlertid ikke mindreudgifter i samme omfang som den automatiske 50 % ordning, og en korrektion vil derfor skulle sigte mod, at omlægningen kan realiseres uden økonomisk tab for hospitalet.

Som et andet eksempel på en utilsigtet virkning er det blevet nævnt, at takststyringsordningen ansporer til for mange kontrolbesøg for ambulante patienter. Baggrunden kan være, at et kontrolbesøg i DRG-systemet takseres forholdsvis højt i forhold til de faktiske omkostninger, og at hospitalet med 50 % ordningen ikke kan få økonomien til at hænge sammen, hvis der bliver færre kontroller.

Det er imidlertid også her en mulighed, at der gennemføres en korrektion, så ændringen kan realiseres uden økonomisk tab for hospitalet.

Fokus og forenkling
I foråret 2014 har regionsrådet vedtaget en vision for Region Hovedstaden med fire nye politiske mål og en klar strategi om at fokusere og forenkle. Arbejdet med fokus og forenkling indebærer, at der er udpeget 10 strategiske indsatsområder, og at der udarbejdes et enkelt målhierarki og en operationel målstyring. Dette skal sikre, at der sker en sammenhængende og fokuseret indsats for udvikling og effektivisering af Region Hovedstaden.

Driftsmålstyring
Som en del af strategiarbejdet indføres en model for driftsmålstyring pr. 1. januar 2015. Det er besluttet i Regionsrådet i juni 2014 og i øvrigt i forbindelse med budget 2015.

Der lægges stor vægt på, at intentionerne i fokus og forenkling udrulles på alle niveauer i organisationen i forbindelse med driftsmålstyringen.

Der kan i forbindelse med driftsmålstyringen gives den følgende oversigt, der viser status for arbejdet med kongeindikatorer og målepunkter.

Driftsmålstyring			
Måle-punkter	**Sundhed**	**Regional Udvikling**	**Det Sociale Område**
Tilfredshed	Udarbejdes senere	Udarbejdes senere	Udarbejdes senere
Levering	Svartider 1813 Ventetid akutmodtagelse /klinikker (stabile patienter / mindre alvorlige skader Forløbstider for kræftpatienter Udredning inden 30 dage Andelen af elektroniske epikriser (udskrivningsbreve) afsendt inden for tre dage	Ventetid på V1 kortlægning og afslutning af V2 undersøgelser Strukturfondsmidler udmøntes 100%	Belægningsprocent
Kvalitet	Hospitalserhvervet infektion: Baktetieæmi (bakterier i blodet Hospitalserhvervet infektion: VAP (respiratorrelateret lungebetændelse) Uventede dødsfald Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage Tvang	Ekstern finansiering til forskning og innovation Passagerudviklingen i Region Hovedstadens Offentlige trafik	Magtanvendelser
Medarbejdere og ledere	Sygefravær	Sygefravær	Sygefravær
Produktivitet	Budgetoverholdelse, økonomi Budgetoverholdelse. aktivitet Udvikling i effektivitet (indeks)	Passagerkilometer i Region Hovedstadens Offentlige trafik ift. kr.	Indtægter vs. omkostninger

Det fremgår, at der sigtes mod en integreret og konsistent måling, der blandt andet omfatter tilfredshed, kvalitet og produktivitet. Med hensyn til produktivitet baserer opfølgningen sig på den løbende budgetopfølgning vedrørende udgifter og aktivitet (takststyringen).

Forretningsudvalget besluttede i oktober 2014, at ambitionsniveauet i driftsmålstyringen samt udviklingen af kongeindikatorer, jf. oversigten, sendes i høring i de stående udvalg og kræftudvalget. Resultatet heraf ventes forelagt i forretningsudvalg og regionsråd på møderne i februar henholdsvis marts 2015.

Det kan bemærkes, at flere hospitaler allerede har arbejdet med lignende initiativer, hvor der fastsættes mål på kvalitetsområdet, og hvor der benyttes metoder med tavlemøder på afdelingsniveau om status for målopfyldelse.

De første erfaringer er, at de løbende beslutninger om forbedringer træffes mere effektivt, og at de i vidt omfang kan baseres på facts og data om målopfyldelsen. Det er erfaringen, at det er vigtigt, at de valgte data er synlige, gennemskuelige og alment accepterede. Målstyring og tavlemøder giver desuden et større fokus på processen og dens resultater end tidligere. Målstyringen har endelig givet gevinster i form af, at mange medarbejdere bidrager til forbedringer i arbejdsgange og tilrettelæggelse af patientforløb.

Erfaringer fra de øvrige regioner og Sverige.

Region Midtjylland.
Med udgangspunkt i et takststyringssystem, der har store ligheder med Region Hovedstadens, har Region Midtjylland i 2014 iværksat et projekt, hvor det undersøges, om det er muligt at finde nogle patientnære styringsmål, der giver mere sundhed for pengene. Der er udvalgt 10 afdelinger til deltagelse i projektet, idet disse 10 afdelinger samtidig undtages fra takststyringsmodellen i Region Midtjylland.

Styringen har for de 10 afdelinger i stedet fokus på budgetoverholdelse, antal behandlede patienter samt en række udvalgte kvalitets- og servicemål som f.eks. vedrører udredningsretten, ventetid og en række mere patientnære mål, som afdelingerne selv har været med til at udvælge.

Status pr. ultimo oktober 2014 er, at der ser ud til at være behandlet flere patienter end tidligere, og at ventelisterne fortsat har været faldende.

De nye patientnære mål er desuden foreløbigt blevet udpeget som følger:

- Flere hjemmebesøg, flere kontakter pr. telefon
- Flere behandlinger i hjemmet

- Teamwork om udskrivninger,
- Færre genindlæggelser
- Fokus på tilfredshed og outcome
- Patienter som rådgivere om ændringer

Evalueringen i oktober 2014 for de patientnære mål viser, at det er kompliceret at udvælge, etablere og siden følge op på de patientnære mål. For nogle af de 10 afdelinger var målene endnu ikke udvalgte, og for de andre afdelinger ville der først blive fulgt op på målene i 2015 på grundlag af data for 2014. Konklusionen var derfor ultimo oktober, at det er for tidligt at drage endelige konklusioner.

Region Syddanmark.
Regionen har i en længere årrække haft mere klassisk rammestyring for akutte indlæggelser, hvor der ikke har været automatisk regulering af den økonomiske ramme, hvis der var afvigelser fra den forudsatte aktivitet. For det elektive område har der hidtil været en aktivitetsbaserede takststyringsmodel med automatisk regulering for mer- og mindreaktivitet.

Men i 2015 går regionen generelt over til en model, der i høj grad ligner Region Hovedstadens. Ved mindreaktivitet i forhold til præstationsbudgettet sker der en automatisk korrektion af det enkelte hospitalets driftsbudget med en mindrebevilling beregnet som 55 pct. af drg-værdien af afvigelsen. Som i hovedstaden indebærer ordningen i øvrigt, at der ikke honoreres for meraktivitet.

Undtaget er dog friklinikker/garantiafdelinger, som etableres for at sikre overholdelse af ventetids- og udredningsgarantier. Disse klinikker er tænkt finansieret via en takststyringsmodel for ambulant og elektiv stationær aktivitet. Samtidig får de ansvaret for budgettet for udgifter til behandling i andre regioner og på private sygehuse. Det betyder, at stigende udgifter på disse områder vil medføre, at afregningen til garantiafdelingerne falder.

For at sikre, at modellen understøtter en forøget kvalitet af behandlingen, kontrolleres samtidig for antallet af ambulante besøg pr. cpr. nr. for særlige områder, og der beregnes en økonomisk straf ved for høje tal.

Region Syddanmark har desuden en kvalitetsstrategi, der ikke er integreret i den økonomiske styring.

Region Nordjylland
Region Nordjyllands takststyringsmodel svarer til Region Hovedstadens. Der er etableret en ordning med et fast loft, som forudsætter levering af den aftalte aktivitet. Ved mindreaktivitet betales tilbage svarende til 50 pct. af DRG-værdien.

Herudover er der etableret to mindre puljer til servicemål og epikriser, hvor der kræves målopfyldelse for udbetaling af puljen til sygehusene.

Region Nordjylland har siden 2013 arbejdet med at omorganisere sundhedsvæsnet dels i ledelsesstrukturen dels i den kliniske praksis.

Ændringerne i ledelsesstrukturen blev gennemført pr. 1.1. 2013. Der er etableret en mere forløbsorienteret ledelsesorganisering, hvor specialer der hører naturligt sammen i højere grad end tidligere er samlet i klinikker. Et eksempel på en af de nye klinikker er Hjerte-Lunge klinikken på Aalborg Sygehus, der samler både medicinske og kirurgiske specialer inden for hjerte- og lungesygdomme. Inden for den enkelte klinik er viceklinikchefen forløbsansvarlig og står for overvågning af forløbene og de løbende justeringer til ændret klinisk praksis.

Region Nordjylland overvejer pt. at indgå i et samarbejde med det konsulentfirma, der har bistået med implementering af den ny økonomiske styringsform for 7 landsting i Sverige (jf. nedenfor), der indebærer afregning for forløb og med samtidig hensyntagen til den patientoplevede kvalitet.

Region Sjælland
Den overordnede styringsmodel på hospitalsområdet i Region Sjælland er kontraktstyring. I kontrakterne er de enkelte mål og rammer specificeret. Udover fokus på budgetoverholdelse og takststyring er hovedindsatsen Værdi for borgeren. Her er afsat 1,5 % af hospitalerne og psykiatriens budget i en incitamentspulje, der har til formål at forbedre kvalitetsindsatsen og den patientoplevede kvalitet på regionens sygehuse.

De 8 mål på det somatiske område i 2015 er

- Opfølgning på survey - DKKM
- Patientsikkert sygehus og reduktion af dødelighed
- Høj faglig kvalitet – RKKP
- Driftsoptimering – Lean i stor skala
- Patienten som partner
- Kræft- og hjertepakker
- Udrednings- og behandlingsgaranti
- Medicinafstemning

Region Sjælland har arbejdet med konceptet *værdi for borgeren* i en årrække og har endnu ikke evalueret samlet, om indsatsen har haft den ønskede effekt. Praktisk erfaring fra sygehusene i regionen tilsiger, at der er sket kvalitetsforbedringer som en følge af det øgede politiske fokus på de enkelte kvalitetsmål

Fælles regional arbejdsgruppe
I Danske Regioners bestyrelses strategi- og arbejdsprogram indgår som et element, at regionerne vil tage aktive skridt i retning af at udvikle og afprøve nye og mere meningsfyldte resultatorienterede styrings- og betalingsmodeller. Som beskrevet ovenfor

sker der i disse år ændringer i styringsmodellerne fra en mere produktionsorienteret tilgang med fokus på produktivitet og afvikling af ventelister til fokus på høj faglig og patientoplevet kvalitet.

Der er i den forbindelse afsat midler til en konsulentundersøgelse af grundlaget for at introducere værdibaserede forløb efter svensk eksempel i Danmark.

I den forbindelse er der nedsat en tværregional embedsmandsgruppe, som får til opgave, at samle op på regionernes erfaringer med nye afregningsformer og komme med konkrete indspil Danske Regioners bestyrelse. Embedsmandsgruppen skal herudover fungere som styregruppe for konsulentundersøgelsen.

Arbejdet i arbejdsgruppen påbegyndes primo 2015.

Svenske erfaringer.
Sverige har 21 Län (landsting), som arbejder med forskellige afregnings- og styringsmodeller – varierende fra ren rammestyring, DRG-styring, stykpris afregning og efter Pay for performance modeller.

Den nyeste model, der arbejdes med decentralt i Sverige er en ''value-based mangement-model''. Her er 7 landsting i 2013 gået sammen om et samarbejde – "Sveus"[1].

Målet med dette samarbejde er at skabe en styringsmodel/afregningsordning, der på samme tid stimulerer til innovation og kvalitet i patientbehandling og til at patientbehandlingen realiseres til lavest mulige omkostninger.

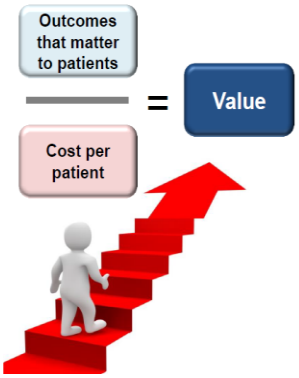
Udgangspunktet for samarbejdet er såkaldt "value-based reimbursement" (værdibaseret finansiering/refusion), som er udviklet af den amerikanske økonom Michael Porter. Her er det tanken, at det er sundhedsværdien af det samlede patientforløb, der skal maksimeres i forhold til omkostningerne ved forløbet.

Der skal altså overvejes inden en behandling iværksættes, om behandlingen har den ønskede effekt, og efterfølgende afhænger finansieringen af, om patienten synes, at der er opnået en højere sundhed ved behandlingen. Afregningen for de enkelte patientforløb skal derfor også rumme en variation med hensyn til den patientoplevede kvalitet

Hovedelementerne i modellen kan gengives som følger:

[1] "Samverkan för Värdebaserad Ersättning och Uppföljning i hälso- och Sjukvården"

What we all must aspire to – improving health care value



Projektet har siden 2013 fastlagt mål og etableret målesystemer for 8 sygdomsområder. Særlig kendt er arbejdet på Karolinska i Stockholm, som har implementeret de 8 mål i den daglige styring og afregning. De 8 områder dækker i 2014 10 pct. af alle behandlinger, der foregår på Karolinska, og det forventes, at arbejdet er afsluttet med udgangen af 2018, hvor målsætningen er, at 80 pct. af alle behandlinger er dækket af afregningsmodellen.

Udfordringen i metoden er at finde de relevante mål, der dækker værdi begrebet (value) og derudover at gruppere patienterne i behandlingsgrupper med sammenlignelige sygdomsforløb/diagnoser. Yderligere udfordringer, der er i forbindelse med implementeringen, er at håndtere patienter med mange sygdomme (multisyge ældre medicinske patient) i modellen. Det er pt. anbefalingen, at disse patientkategorier håndteres uden for modellen.

De metoder, der anvendes for at samle patientforløbene i relevante 'værdi-grupper' ligner metoderne, der er anvendt ved udarbejdelsen af de nuværende DRG-takster i Danmark. Den store forskel på modellen, der anvendes i Stockholm på Karolinska og den danske model er, at der i afregningen i Stockholm risikojusteres for alder, køn og multidiagnoser og ikke mindst patientens efterfølgende vurdering af det samlede patientforløb.

2. Det videre arbejde

Der er igangsat store forandringsprojekter i Region Hovedstaden, der har indflydelse på styringen af hospitalsområdet. Forandringerne sker i form af hospitalsfusioner, Sundhedsplatform og ikke mindst det igangsatte et arbejde med fokus og forenkling – driftsmålstyringen skal ses som led i denne strategi.

Driftsmålstyringen er en del af den samlede styringsmodel og giver mulighed for at iværksætte relevant måling med øget fokus på kvalitet. Dette skal fx ske sideløbende og konsistent med målepunktet produktivitet, dvs. baseret på den løbende budgetopfølgning og takststyringsmodellens resultater.

Ud over de nævnte initiativer i Sverige har administrationen endnu ikke indsamlet mere konkret information om trenden i styring af hospitalsområdet i Europa, men det er vurderingen, at der som i Sverige mange steder er et øget fokus på at få mere sundhed for færre ressourcer.

Det er på denne baggrund administrationens indstilling,

- At udvalget drøfter perspektiverne i forhold til regionens styringsmodel med fokus på sundhedstilstand og kvalitet

- At der indsamles yderligere materiale om danske og internationale erfaringer med styringsmodeller med fokus på sundhedstilstand og kvalitet.

BILAG (uddrag af bevillingsregler, Budget 2015):

Takststyringsprincipper / aktivitetsafhængig bevillingsstyring på hospitalerne

Formålet med aktivitetsafhængig bevillingsstyring er at sikre en sammenhæng mellem præsterede aktiviteter og bevillinger, hvor afvigelser fra aktivitetsforudsætningerne udløser ændringer i den bevillingsmæssige ramme.

Der fastsættes følgende nærmere bestemmelser:

- Takststyring omfatter somatisk sygehusbehandling som udgangspunkt afgrænset på samme måde som i reglerne for de statslige aktivitetsafhængige bidrag til regionerne. Det indebærer blandt andet, at aktivitet vedrørende sterilisationer og kunstig befrugtning ikke medtages i takststyringsordningen,

- Det enkelte hospital kan ikke uden forudgående forelæggelse for administrationen planlægge med et udvidet aktivitetsniveau med forudsætning om efterfølgende tilførsel af midler via takststyringsordningen. Ved meraktivitet i forhold til præstationsbudgettet vil der kun blive udløst en korrektion af hospitalets driftsbudget med en merbevilling beregnet som de udgiftsmæssige konsekvenser af afvigelsen, hvis der på forhånd foreligger en godkendelse af den konkrete meraktivitet,

- Ved mindreaktivitet i forhold til præstationsbudgettet sker der en automatisk korrektion af hospitalets driftsbudget med en mindrebevilling beregnet som 50 pct. af drg-værdien af afvigelsen. Reglen kan i særlige tilfælde fraviges, hvis det kan godtgøres, at den marginale mindreudgift afviger væsentligt herfra,

- Hospitalsdirektionen fordeler eventuelle mer- eller mindrebevillinger til de udførende afdelinger/enheder under hensyntagen til aktiviteten,

- Ved afvigelser i forhold til præstationsbudgettet for egne borgere sker korrektionen alene på udgiftssiden, mens der ved afvigelser for regionseksterne borgere både sker en korrektion på udgiftssiden (hvis betingelserne ovenfor er opfyldt) og en korrektion af indtægtsbudgettet svarende til den faktiske indtægtsvirkning. Korrektionen af indtægtsbudgettet sikrer, at der for hospitalet er det samme økonomiske incitament uanset patientens bopæl,

- Præstationsbudgettet fastlægges i forbindelse med budgetlægningen. Præstationsbudgettet fastlægges på hospitalsniveau som drg-værdien af aktivitetsmåltallene for sygehusudskrivninger og ambulante besøg. Drg-værdi beregnes som udgangspunkt som beskrevet i Sundhedsstyrelsens takstsystem,

- For at fastholde høj budgetsikkerhed og for at undgå utilsigtede virkninger af ordningen kan administrationen fastlægge "loft" for hvor store stigninger, der kan forekomme i forhold til præstationsbudgettet. Utilsigtede virkninger kan fx opstå, hvis en øget drg-produktion alene skyldes ændringer i registreringspraksis

(teknisk kaldet "creep"), eller hvis der ved en væsentligt øget aktivitet bliver problemer med den samlede overholdelse af budgettet. Der fastlægges indtil videre et creep-loft på hospitalsniveau på 1,5 pct. svarende til loftet for den statslige aktivitetsordning,

- Der foretages regulering af præstationsbudgettet i årets løb, hvis der sker korrektioner af driftsbudgettet, der har konsekvenser for aktiviteten omfattet af præstationsbudgettet. Endvidere kan der ske tilpasninger mellem den stationære del og den ambulante del af præstationsbudgettet for at undgå uhensigtsmæssige virkninger af takststyringen, hvis der gennemføres omlægning af patientbehandlingen fra stationær til ambulant behandling.

For de aktivitetsområder, der ikke indgår i modellen, gælder de generelle styringsprincipper for regionen. Ændringer i aktivitetsniveauet for disse afgrænsede områder omfattes dermed af den almindelige rammestyring uden for takststyringsmodellen.

Region Hovedstaden

REGION

Analyse af ny styringsmodel

Møde i Sundhedsudvalget 13. januar 2015

Region Hovedstaden

Budgetaftale 2015

Partierne er enige om at få undersøgt, om der kan udvikles en ny styringsmodel for hospitalsområdet, der indebærer øget fokus på kvalitet, forbedret sundhedstilstand og samtidig sikre omkostningseffektivitet

Region Hovedstaden

Overblik

- Takststyring
- Driftsmålstyring
- De andre regioner
- Sverige
- Fælles regional arbejdsgruppe

Region Hovedstaden

Takststyring

- Sigte: Finansiering passer med opgave
- DRG: Stor nuance
- Ikke belønningssystem
- Tidligere ren automatik
- Nu loftsordning
- Stort set samme metode i alle regioner
- Produktivitetskravet

Region Hovedstaden

Eksempler på kritik og justeringsbehov

- Fra stationær til ambulant behandling
- Kontrolbesøg
- Sammedagsbehandling
- Vi vil gerne korrigere for dette, så ændringer kan realiseres uden økonomisk tab for hospitalet

Region Hovedstaden

Driftsmålstyring og kvalitetsindikatorer

- Måling ved indikatorer og kongeindikatorer
- Tilfredshed – levering - kvalitet - medarbejdere og ledere - produktivitet
- Integreret måling
- Erfaringer fra allerede gennemførte tavlemøder:
  - Stort engagement og forandringspotentiale
  - Der bør være synlige og alment accepterede relevante indikatorer og måleparametre
  - Medarbejderne bidrager til forbedringer
- P.t. ikke et økonomisk belønningssystem

Region Hovedstaden

De andre regioner

Midtjylland

- Fra 2014 forsøg med 10 afdelinger, hvor takststyring undtages og nye mål for kvalitet og performance
- Triple-aim tankegang og målhierarki
- Ingen økonomisk incitamentsmodel

Syddanmark

- Særskilt kvalitetsstrategi uden økonomisk kobling

Region Hovedstaden

De andre regioner

Nordjylland

- Små puljer til understøttelse af servicemål og udskrivningsbreve
- Overvejelse om forsøg i samarbejde med svenske konsulenter

Sjælland

- Incitamentspulje

  Udløses hvis ja til en række mål om ”Værdi for borgeren”

  (akkreditering, patientsikkert sygehus, reduktion af dødelighed, RKKP, Lean, behandlingspakker og udredningsgaranti)

Region Hovedstaden

Svenske erfaringer

- 7 landsting i samarbejde om "value based management"
- Kvalitet og effekt for patienten / ressourceindsats pr. patient
- Der arbejdes foreløbigt med 8 sygdomsområder ud af ca. 300, der kan dække 80 % af alle patientforløb (i 2018).
- Et sygdomsområde rummer mål for kvalitet og effekt og pris, dvs. ressourceindsats, der bygger finansieringen op for hospitalet
- Måske standardiseret økonomisk model med risikojusteret basisbetaling og korrektion for effekt (=gik det godt?)

Region Hovedstaden

Fælles regional arbejdsgruppe

- Skal samle op på regionernes erfaringer med nye afregningsformer
- Skal komme med ideer til DR's bestyrelse
- Følgegruppe for konsulentundersøgelse af grundlag for introduktion af værdibaserede forløb i DK
- Puljemidler vedrørende synlighed om resultater og kvalitet i regeringens sundhedsstrategi

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 3866 6000
Direkte 38 66 60 80
Web www.regionh.dk

Træffetid:
man-tor kl 8-16, fre kl. 8-14

Til Forretningsudvalget

Dato: 5. januar 2015

Høringssvar i forhold til fastlæggelse af kongeindikatorer

Sundhedsudvalget takker for muligheden for at kommentere på fastlæggelsen af kongeindikatorer. Kongeindikatorerne er en væsentlig del af regionens strategiprojekt om Fokus og forenkling, og vi betragter det derfor som væsentligt, at valget af kongeindikatorer på bedst mulig vis afspejler de politiske målsætninger, som regionsrådet vedtog i april 2014.

For Sundhedsudvalget er kongeindikatorerne vedrørende Patientens situation styrer forløbet og Høj faglig kvalitet i særlig grad er relevante, og vi forholder os primært til dem.

For begge målsætninger gælder, at det er usikkert, hvorvidt de foreslåede indikatorer er valide eller dækkende for det man ønsker at måle. Vi vil derfor med interesse følge udviklingen i indikatorerne og forventer, at man – når der er indhentet erfaringer med kongeindikatorerne – bl.a. forholder sig til spørgsmålet om validitet.

Generelt set bemærkes det, at det er en særdeles svær opgave at pege på én kongeindikator for en bred politisk målsætning, og at man risikerer at den valgte indikator bliver meget overordnet eller simplificeret.

Patientens situation styrer forløbet
Sundhedsudvalget bakker op om forslaget til kongeindikatoren ”Er du alt i alt tilfreds med indlæggelsens eller besøgets forløb?”

Sundhedsudvalget drøftede derudover de to øvrige spørgsmål i den løbende tilfredshedsmåling og bemærker at spørgsmålet: ”Var personalet venligt og imødekommende” ikke er sigende i forhold til, om ens situation har været styrende for forløbet. Dette spørgsmål måler i højere grad på den strategiske indsats Ventet og velkommen. Derfor foreslår Sundhedsudvalget, at dette eller det andet supplerende spørgsmål erstattes af et spørgsmål som fx: ”Oplevede du, at personalet lyttede til dig og gav dig mulighed for at stille spørgsmål?”

Høj faglig kvalitet
Sundhedsudvalget er i relation til Høj faglig kvalitet bekymret for validiteten af de to valgte kongeindikatorer: Uventet død og Akutte genindlæggelser. Vi finder det uhensigtsmæssigt, at regionen sætter lighedstegn mellem kvalitet og færre uventede dødsfald. Kommunikationsmæssigt vil det være en udfordring at forsvare, at den højeste faglige kvalitet på regionens hospitaler er at "undgå at patienterne dør".

Sundhedsudvalget finder, at den tidligere foreslåede kongeindikator baseret på de kliniske kvalitetsdatabaser kunne være et relevant alternativt mål for høj faglig kvalitet. Vi er indforstået med, at denne indikator er ung og endnu ikke valideret, men den fanger i højere grad facetterne i klinisk kvalitet. Samtidig vil den være klinisk meningsfuld at arbejde med i afdelingerne, der i forvejen er vant til at forholde sig til resultaterne fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

Uanset valget af kongeindikator er det vigtigt at monitoreringen af disse ikke medfører yderligere registreringspraksis for klinikerne.

Vedrørende kongeindikatoren Akutte genindlæggelser ønsker Sundhedsudvalget på linje med Udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde at erstatte den med Forebyggelige genindlæggelser. Først og fremmest fordi denne indikator allerede indgår i monitoreringen ifm Sundhedsaftalen. Der er imidlertid forskel på hvordan der monitoreres på genindlæggelser i henholdsvis somatikken og psykiatrien, hvilket der bør tages højde for.

Sundhedsudvalget ser frem til at følge arbejdet med at realisere en høj faglig kvalitet i et sundhedsvæsen, hvor patientens situation styrer forløbet. Helt konkret vil vi løbende følge udviklingen i kongeindikatorerne (herunder validiteten) og understøtte indsatsen for en bedre indikator for Høj faglig kvalitet.

Med venlig hilsen

På vegne af Sundhedsudvalget
Karin Friis Bach
Formand for Sundhedsudvalget

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 3866 6000
Direkte 38 66 60 80
Web www.regionh.dk

Træffetid:
man-tor kl 8-16, fre kl. 8-14

Til Forretningsudvalget

Dato: 15. januar 2015

Høringssvar i forhold til ambitionsniveau for driftsmålstyringen

Sundhedsudvalget takker for muligheden for at kommentere på det overordnede ambitionsniveau for driftsmålstyring.

For Sundhedsudvalget er det særligt driftsmålene på sundhedsområdet der er relevante. I det følgende forholder vi os til driftsmålene vedrørende tilfredshed, leverance og kvalitet på sundhedsområdet.

Overordnet set finder Sundhedsudvalget, at ambitionsniveauet er fint, men ønsker samtidig at bemærke, at det på nogle områder er usikkert om de foreslåede indikatorer er valide eller dækkende for det, man ønsker at måle. Vi vil derfor med interesse følge udviklingen i indikatorerne og forventer, at man – når der er indhentet erfaringer med driftsmålstyringen – bl.a. forholder sig til spørgsmålet om validitet.

Bemærkninger til indikatorerne VAP og bakteriæmi
Sundhedsudvalget ønsker at kommentere på valget af driftsmål på infektionsområdet, idet vi ikke mener at de valgte mål er tilstrækkelig dækkende for området. Sundhedsudvalget finder derfor behov for at følge flere af indikatorerne på infektionsområdet.

Der er ellers ingen kommentarer til det foreslåede ambitionsniveau for disse indikatorer.

Udredningsretten
Sundhedsudvalget finder det uhensigtsmæssigt at formulere et mål om, at 100 % af patienterne er udredt inden for 30 dage idet dette er urealistisk. Der bør tages højde for, at en del patienter ikke kan udredes inden for 30 dage af faglige årsager, og at en del af patienterne fravælger at gøre brug af udredningsretten, fx fordi de foretrækker at komme til på et bestemt hospital, også selvom ventetiden her kan være længere end de 30 dage. Et mere realistisk og samtidig ambitiøst mål vil derfor være 80 %. Det skønnes, at dette vil være den maksimale andel af patienter, som kan blive udredt inden for 30 dage, når man tager højde for de patienter der vælger at vente, eller hvor der af faglige årsager ikke kan ske en udredning inden for fristen.

Vi finder det desuden ønskeligt om man i driftsmålstyringen også kunne måle på hvorvidt samtlige patienter i somatikken blev *tilbudt* udredning inden for 30 dage. Hvilket ville vise hvorvidt vi efterlever lovgivningen. Det bemærkes også, at der er

forskellige krav til henholdsvis somatik og psykiatri, og driftsmålet bør derfor deles i to. Endelig bemærkes det, at udredningsretten kun gælder for nyhenviste patienter, der *ikke* skal behandles akut eller indgår i et kræft- eller hjertepakkeforløb.

Epikriser

Sundhedsudvalget finder, at ambitionsniveauet for afsendelse af epikriser er ambitiøst og godt, men bør tilpasses til det skærpede krav der er besluttet med den ny Sundheds-aftale: ”*for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det at epikrisen fremsendes til egen læge, samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl. 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren”*. Det bør ske i den takt en monitorering heraf måtte blive mulig. Desuden bemærker vi, at det er vigtigt, at epikriserne samtidig lever op til den eksisterende vejledning om gode epikriser.

Ventetider på akutmodtagelser og -klinikker

Sundhedsudvalget bemærker, at ambitionsniveauet for ventetider på akutmodtagelser og -klinikker er i overensstemmelse med de faglige anbefalinger og tidligere politiske beslutninger på området. Samtidig anerkender vi, at det er lang tid at vente fire timer – også selvom skaden er lille. Derfor bør det tilstræbes, at alle patienter tilses så hurtigt som muligt og det bør evt. være et mål at skærpe dette krav på sigt.

Med venlig hilsen

På vegne af Sundhedsudvalget
Karin Friis Bach
Formand for Sundhedsudvalget

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Kvalitet & Patientsikkerhed

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 3866 6080
Mail Lise.bonnevie@regionh.dk

NOTAT

Dato: 5. januar 2015

Driftsmålstyringen på kvalitetsområdet: Udbredelsen af Patientsikkert Sygehus i Region Hovedstaden

Sundhedsudvalget har ønsket, at de positive erfaringer fra Patientsikkert Sygehus (PSS) udbredes i regionen. Administrationen blev på denne baggrund bedt om at udarbejde et forslag med fokus på implementeringsmetoder fra projektet, behovet for at implementering sker med inddragelse af personale og ledelser samt understøttelse af spredning af "de gode ideer" fra afdeling til afdeling og hospital til hospital.

Administrationen finder, at centrale elementer fra Patientsikkert Sygehus med fordel kan integreres med det aktuelle arbejde med driftsmålstyringen på sundhedsområdet.

I det følgende beskrives fællestræk mellem Patientsikkert Sygehus, driftsmålstyring og aktuelle indsatser i regionen. Beskrivelsen har fokus både på indhold og implementering af initiativerne.

Patientsikkert Sygehus (PSS)
Patientsikkert Sygehus, der blev afsluttet med udgangen af 2013, indeholdt følgende elementer:

- Pakker (indsatser) dvs. konkrete og evidensbaserede anbefalinger. I Patient Sikkert Sygehus findes i alt 12 kliniske pakker samt Ledelsespakken. Pakkerne er valgt på baggrund af international evidens der viser, at de kan reducere skader og dødelighed. Samlet kræver pakkerne særskilt monitorering af i alt 72 indikatorer.
- Oplæring i og brug af forbedringsmodellen
- Datadrevet ledelse og forbedringer
- Brug af eksperter (kaldet "faculty") og netværk (kaldet "collaboratives"). Videndeling af ideer, metoder og konkrete erfaringer om forbedringer gennem møder for grupper, som arbejder med samme pakker på forskellige hospitaler. Denne del falder positivt ud i evalueringen af projektet.
- Fejringer og offentlighed. En vigtig del af italesættelsen og synligheden omkring projektet var brug af omtale i offentlige medier – bl.a. foranlediget af fejring af successer.

Projektet har under hele forløbet været fulgt tæt af regionens andre hospitaler og Danske Regioner. Derfor har væsentlige elementer fra projektet allerede fundet vej til regionens

andre hospitaler (blandt andet gennem de tværregionale kvalitetsindsatser). Således arbejder alle regionens hospitaler allerede med følgende kliniske pakker fra projektet:

- Tryksårsforebyggelse
- Tidlig opsporing af kritisk sygdom (Early Warning Score)
- Sikker kirurgi
- Forebyggelse af sepsis (som minimum på intensive afdelinger)
- Respiratorinduceret lungebetændelse (VAP)

Alle regionens hospitaler arbejder desuden med dele af det kliniske indhold i de andre pakke. Ingen af hospitalerne arbejder med samtlige pakker, og særskilt monitorering af pakkernes i alt 72 indikatorer er ikke implementeret, da det medfører en omfattende registreringsbyrde for personalet.

Udover Patientsikkert Sygehus så deltager alle regionens fødesteder i projektet Sikre Fødsler og man arbejder i psykiatrien med projektet Sikker Psykiatri.

Regionens hospitaler benytter allerede faglige netværk og eksperter, fx i regi af de kliniske databaser. Metoden har vist sig som et effektivt redskab til at sprede viden om forbedringer om konkrete kliniske problemstillinger imellem afdelinger.

Desuden arbejder regionens hospitaler i varierende omfang med brug af forbedringsmodellen og med data og tavler til fremstilling af data og resultater.

Den strategiske indsats 'Sammenhængende patientforløb' vil i sin implementeringsfase også anbefale udgangspunkt i forbedringsmodellen.

Driftsmålstyring
Som en del af Fokus og Forenkling har Region Hovedstaden indført driftsmålsstyring.

Driftsmålstyring er et redskab til styring af konkrete mål i driften. Der styres efter indikatorer (brug af data i ledelse), som viser udviklingsresultater over tid med henblik på at sikre fokus på effekt hos vores patienter, borgere og brugere.

Driftsmålstyringen er både et dagligt ledelsesværktøj lokalt, men genererer og akkumulerer også data til koncernledelsen og politikerne. Driftsmålstyringen drejer sig således om brug af data i ledelse indenfor fem temaer af driften: tilfredshed, leverance, kvalitet, medarbejdere og ledere samt produktivitet.

Driftsmålstyringen skal sikre, at udviklingen af driften kan følges fra den enkelte afdeling til koncernniveau med udgangspunkt i nogle få udvalgte indikatorer. Indikatorerne skal også være meningsfulde i forhold til driften - ikke mindst lokalt, og det skal være data, som kan genereres ofte. I driftsmålstyringen indgår tavlemøder på baggrund af løbende afrapportering af relevante data og der tilbydes uddannelse i hvordan tavlemøder kan være omdrejningspunktet for afdelingernes arbejde med løbende at forbedre driften.

Sammenhæng mellem PSS og Driftsmålsstyring.
Der er betydeligt overlap mellem elementer i PSS og driftsmålstyring (tabel 1) og dermed mulighed for at skabe sammenhæng og god synergi i relation til den del af driftsmålstyringen der vedrører kvalitet.

Tabel: Sammenligning af elementerne fra driftsmålstyringen og Patientsikkert Sygehus

Driftsmålsstyring – kvalitet	Patientsikkert Sygehus
Brug af data i ledelse og forbedringer	Datadrevet ledelse og forbedringer
Indikatorer → indsatsområder	Pakker → indsatsområder
Brug af forbedringsmetoden→PDSA	Brug af forbedringsmetoden → PDSA
Uddannelse: tavlemøder, forankring/-implementering og forbedringsarbejde. Supplerende uddannelse med fokus på forbedringsarbejde	Uddannelse i forbedringsmodel og implementering
Netværk og eksperter	Netværk og eksperter
Kampagne om driftsmålstyring	Fejring og kampagner

Begge initiativer sætter fokus på ledelse via monitorering af få udvalgte indsatsområder.

Forbedringer sker i begge initiativer ved brug af forbedringsmodellen PDSA (Plan-Do-Study-Act). PDSA er en systematisk metode til småskala test. Dvs. et forandringstiltag testes på en enkelt episode (fx på en eller flere patienter) og at erfaringer fra en test danner grundlag for små justeringer og nye test, indtil en optimal løsning, som fungerer i praksis, er fundet. Først da implementeres i stor skala. Metoden har vist sig velegnet til at skabe varige forbedringer i hurtigt tempo.

Begge initiativer beskriver et uddannelsesbehov. Driftsmålstyringen italesætter uddannelse i data, tavlemøder og forbedringskultur, mens PSS italesætter uddannelse i data og forbedringer.

PSS italesætter eksplicit brug af eksperter på de kliniske områder, som ønskes forbedret og spredning af vellykkede initiativer gennem faglige netværk. Disse elementer er kendte og anvendte i regionens arbejde med fx de kliniske databaser. Netværk vil fremover også være et tilbud i relation til kvalitetsdelen af driftsmålstyringen på sundhedsområdet, og det forventes at man starter på infektionsområdet i regi af Taskforce for halvering af infektioner.

PSS sygehus arbejder strategisk med kommunikation af successer og med fejringer af successer. Der planlægges også med formidling af gode resultater fra forbedringsarbejdet i driftsmålstyringen.

Nedenfor gennemgås systematisk hvordan erfaringerne fra PSS konkret vil blive integreret i driftsmålstyringen.

<u>Uddannelse i forbedringsarbejdet</u>

Driftsmålstyringens opstart understøttes aktuelt af en kortere uddannelse i data, tavlemøder og forbedringskultur. Som led i det videre arbejde med driftsmålstyring forventes efterspørgsel på højere kvalificering af såvel ledere som nøglemedarbejdere i at drive målstyret ledelse og forbedringsarbejde. Dette er i overensstemmelse med erfaringerne fra PSS, hvor der over tid opbygges og vedligeholdes en betydelig kapacitet og kompetence i forbedringsarbejdet /implementering

Denne type kvalificering eller uddannelse er også på den nationale kvalitetsdagsorden. Der pågår således i Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed drøftelser om en national forbedringsuddannelse som pt. har sigte på topledderniveau (direktionsniveau). Men der er pt. ikke konkrete planer om hvornår dette træder i værk. Også i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP, drøftes aktuelt et kvalitetsudviklingsprojekt som overfører metoderne fra PSS til arbejdet med de kliniske databaser. Dette initiativ forventes også at få et uddannelsesperspektiv.

Administrationen vil afdække behovet for at udvikle yderligere uddannelsesaktiviteter, mhp. kompetenceudvikling for den gruppe af medarbejdere, som i praksis skal arbejde med at iværksætte og følge op på forbedringer på afdelingsniveau. Uddannelsesaktiviteterne kan være et program i forbedringsmetoder som opfølgning på kurserne i tavlemøder. Programmet kan tage afsæt i erfaringer i relation til implementering af driftsmålstyring, herunder brugen af forbedringsmetoden, databehandling og fastholdelse af gode resultater. Heri indgår opbygning af kompetence og kapacitet, så hospitaler og administration kan bistå afdelingerne ved problemer med brug af data.

Konkrete uddannelsesaktiviteter skal dog ses i lyset af at, hospitalerne de kommende år forventes at have begrænset kapacitet til uddannelse pga. af arbejdet med Sundhedsplatformen.

<u>Indsatser (pakker) og data - inspirationsmateriale</u>
Pakkerne i Patientsikkert Sygehus er en metodetilgang, som kan anvendes på andre områder end de oprindelige. 'Pakker' kan i den forbindelse ses som konkrete, evidensbaserede anbefalinger og tiltag for kliniske processer med formålet at udvikle den faglige kvalitet og patientsikkerhed på et konkret område.

Hyppige målinger af udvalgte data anvendes såvel i PSS og driftsmålstyring. Ligeså har begge fokus på at have resultatindikatorer herunder kongeindikator i "toppen" og derunder resultat- og/eller procesindikatorer, som giver lokal mening og som peger op mod kongeindikatorerne.

Udvikling af inspirationsmateriale specifikt til indikatorerne for kvalitet kan understøtte afdelingernes arbejde med at forbedre driften. For VAP og bakteriæmi findes der allerede i dag pakker fra Patientsikkert sygehus.

På samme måde kan der udvikles inspirationsmateriale omkring tidlig opsporing af kritisk sygdom til det lokale arbejde med driftsmålstyringens indikator for kvalitet: "reduktion af uventet død". Pakken kan indeholde evidens for indikatoren og ideer til konkret forbed-

ringsarbejde. Herved bliver det lettere at igangsætte konkrete forbedringsprojekter. Der findes allerede materiale man kan tage udgangspunkt i fra blandt andet regionens Hjertestopkomite og pakken "MAT-team" i Patientsikkert Sygehus.

Ligeledes kan der udvikles inspirationsmateriale med andre temaer end tidlig opsporing af kritisk sygdom til det lokale arbejde for at forbedre indikatoren "reduktion af uventet død". Det kunne fx være forbedringer inden for den diagnostiske proces. På den måde kan indikatoren blive relevant også for fx ambulatorier.

Det undersøges desuden om der er behov for at etablere et "åbent datakontor" hvorved hospitalernes stabe og administrationen kan bistå afdelingerne ved problemer med brug af data.

Læringsnetværk og eksperter

Anvendelse af læringsnetværk er væsentlige for sikring af vidensdeling og dermed spredning af ideer. Ifølge rapporten Improvement Collaboratives in Health Care fra The Health Foundation, London (2014) er der erfaring for, at læringsnetværk skal have klare formål og struktur for at give effekt.

Der eksisterer allerede netværk i regionen fx omkring tryksår, Sikker Kirurgi og måling af skader ved hjælp af Global Trigger Tool, samt de regionale auditgrupper vedrørende de kliniske kvalitetsdatabaser. Læringsnetværkene i driftsmålstyringen er ikke tænkt som en ny fast struktur, men faciliterede møder om en bestemt pakke (indsats), hvor man kan tilmelde sig som en gruppe eller som enkeltperson. Netværkene vil være sponsoreret af relevante eksisterende fora i regionen, fx Hjertestop Komiteen eller Taskforce for halvering af infektioner.

Fejring og kampagner

PSS har i betydelig grad benyttet fejringer og offentlig omtale for at understøtte projektet. Driftsmålstyring har lagt op til en ambitiøs kommunikationsplan og erfaringer fra PSS med kommunikation afdækkes som led i planlægning af kommunikation og fejring inden for driftsmålstyring.

15. FORETRÆDE FOR UDVALGENE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Det fremgår af konstitueringsaftalen, at parterne vil arbejde for, at regionens borgere i højere grad via nye metoder inddrages i den politiske proces. Der foreslås derfor indført en ordning, hvor borgere, foreninger mv. kan få lejlighed til foretræde for de stående udvalg og gøre deres synspunkter gældende på sager indenfor udvalgenes ansvarsområder.

INDSTILLING
Administrationen indstiller, at forretningsudvalget overfor regionsrådet anbefaler:

1. **at** der indføres en ordning med foretræde for regionsrådets stående udvalg og for forretningsudvalget i det omfang udvalget varetager politikformulerende opgaver, og
2. **at** det foreslås de stående udvalg at indføje bestemmelser herom i forretningsordenen i overensstemmelse med det forslag, der fremgår af mødesagen.

POLITISK BEHANDLING
Forretningsudvalgets beslutning den 11. november 2014:
Anbefales.

Regionsrådets beslutning den 18. november 2014:

Godkendt.

Mette Abildgaard (C), Kenneth Kristensen Berth (O), Per Roswall (V), Randi Mondorf (V) og Torben Kjær (Ø) deltog ikke i sagens behandling.
Som stedfortrædere deltog Erik Lund (C), Katrine Vendelbo Dencker (O), Thomas Bak (V), Lisbeth Dupont-Rosenvold (V) og Annette Skinhøj (Ø).

SAGSFREMSTILLING
Baggrund
Det fremgår af konstitueringsaftalen, at parterne vil arbejde for, at regionens borgere i højere grad via nye metoder inddrages i den politiske proces. På den baggrund forelægges forslag om indførelse af en ordning med foretræde for de stående udvalg på baggrund af tilsvarende ordninger i Folketinget og Københavns Kommune. Ved et foretræde kan borgere, foreninger, organisationer mv. give deres mening til kende vedrørende de sager, som udvalgene behandler og udvalgene kan få værdifulde input til deres behandling af sagerne. En ordning med foretræde og den deraf følgende mulighed for større dialog med borgere og andre interessenter i regionens opgaveløsning ligger i tråd med den politikforberedende rolle, som de stående udvalg har i Skanderborgmodellen og i regionens styrelsesvedtægt. Der behandles for øjeblikket en sag om udvalgenes samarbejde med brugere og pårørende og forslaget kan derfor ses som en supplerende mulighed for grupper og enkeltpersoner, som udvalgene ikke i forvejen er i dialog med som brugere eller pårørende.

Folketingets ordning
Folketingets udvalg modtager henvendelser fra interessegrupper, organisationer eller enkeltpersoner – også kaldet deputationer. Henvendelserne angår som regel et konkret lovforslag, men kan også ligge inden for udvalgets generelle sagsområde. Deputationer får 15 minutter til at fremføre deres synspunkter og til at besvare spørgsmål fra udvalget. Udvalgets medlemmer kommenterer ikke deputationens synspunkter, men kan stille spørgsmål til deputationen. Henvendelser om enkeltsager, herunder personsager, afvises normalt, da udvalget ikke behandler enkeltsager, men er lovforberedende.

Udover ordningen med foretræde rettes der skriftlige henvendelser til udvalgene, som omdeles til udvalgenes medlemmer. De skriftlige henvendelser besvares ikke særskilt.

Københavns Kommunes ordning
Enkeltpersoner eller grupper på indtil 5 personer kan få foretræde for Borgerrepræsentationens udvalg.

Det er således, at udvalgets medlemmer kan få belyst synspunkter eller få supplerende faktuelle oplysninger i en sag på dagsordenen eller på et andet af udvalgets områder. Udvalget godkender ved mødets start anmodningen om foretræde.
Ved foretræde kan man kort fremføre synspunkter om en konkret sag. Udvalgets medlemmer har mulighed for at stille spørgsmål, og der kan evt. føres en kort dialog om sagen.

Der afsættes 10-15 minutter til et foretræde i forbindelse med det udvalgsmøde, hvor udvalget drøfter sagen, som regel ved mødets start. Den politiske behandling af sagen finder først sted bagefter, da udvalgsmødet er lukkede møder. Der kan kun anmodes om foretræde en gang om den samme sag.

Udover foretræde kan der rettes skriftlige spørgsmål til udvalgene. Spørgsmålene skal angå udvalgets ansvarsområde. Spørgsmålene besvares af udvalgets formand.

Forslag til regler om foretræde for Region Hovedstadens stående udvalg
Det foreslås, at de eksisterende forretningsordner for de stående udvalg suppleres med en bestemmelse af følgende indhold:

"§. Det er muligt for enkeltpersoner eller grupper at få foretræde for ….udvalget.
Stk. 2. Anmodning om foretræde skal være skriftlig og skal sendes til udvalgets sekretariat senest kl. 09.00 dagen før selve mødedagen, hvis sagen er på dagsordenen. Er sagen ikke på dagsordenen, er fristen for anmodning om foretræde senest tre dage før selve mødedagen.
Stk. 3. Udvalgets formand indstiller til udvalget, om der skal gives foretræde.
Stk. 4. Udvalget beslutter ved mødets start om anmodningen om foretræde kan imødekommes.
Stk. 5. Der kan ikke anmodes om foretræde vedrørende personsager. Medarbejdere i Region Hovedstaden har ikke adgang til foretræde.
Stk. 6. Udvalget fastsætter nærmere retningslinjer om foretræde for udvalget, der offentliggøres på www.regionh.dk."

I lighed med hvad der gælder for regionsrådets spørgetid kan en ordning med foretræde ikke anvendes af regionens medarbejdere, der har adgang til at rejse spørgsmål og sager via MED -systemet eller via ledelsessystemet.

For det enkelte udvalg kan der fastsættes nærmere retningslinjer for den praktiske tilrettelæggelse af foretræde.
Den praktiske gennemførelse af en ordning med foretræde forudsætter, at foretræde kan afvikles inden for det tidsrum, der i mødeplanen er sat af til udvalgenes møder. Formanden må derfor tilrettelægge forløbet, således at tidsrammen overholdes og vil - hvis flere ønsker foretræde om den samme sag - kunne begrænse den enkelte gruppes taletid. Kan afvikling af flere foretræder ikke nås inden for rammen, vil udvalget have mulighed for at holde et særskilt møde med den eller de grupper, der ønsker en dialog med udvalget.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Hvis en ordning med foretræde vedtages offentliggøres regler herom på hjemmesiden.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen forelægges forretningsudvalget den 11. november 2014 og regionsrådet den 18. november 2014. Når sagen har været behandlet i regionsrådet den 18. november skal hvert stående udvalg tage stilling til sagen.

DIREKTØRPÅTEGNING
Hjalte Aaberg /Jesper Olsen

JOURNALNUMMER
14005537

16. HENVENDELSE FRA REGIONSRÅDSMEDLEM LENE KASPERSEN (C) VEDR. REGIONENS OVERTAGELSE AF LABORATORIET I PILESTRÆDE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
I medfør af den kommunale styrelseslovs § 11, der også gælder for regioner, kan et medlem af regionsrådet anmode om at få en sag optaget på regionsrådets dagsorden. Lene Kaspersen (C) har ved henvendelse den 9. november 2014 anmodet om at få en redegørelse om det langsigtede perspektiv i forbindelse med regionens overtagelse af laboratoriet i Pilestræde fra praktiserende læger, på regionsrådets førstkommende møde den 18. november 2014.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

- **at** regionsrådsformanden giver en mundtlig orientering.

POLITISK BEHANDLING
Regionsrådets beslutning den 18. november 2014:

Taget til efterretning.

Mette Abildgaard (C), Kenneth Kristensen Berth (O), Henrik Thorup (O), Per Roswall (V), Randi Mondorf (V) og Torben Kjær (Ø) deltog ikke i sagens behandling.
Som stedfortrædere deltog Erik Lund (C), Katrine Vendelbo Dencker (O), Thomas Bak (V), Lisbeth Dupont-Rosenvold (V), Annie Hagel (Ø) og Annette Skinhøj (Ø).

SAGSFREMSTILLING
Lene Kaspersen (C) har anmodet om at få en redegørelse om følgende:

"Da Regionen overtog laboratoriet i Pilestræde fra praktiserende læger. Hvad var så det langsigtede perspektiv? Man har investeret –jeg ved ikke, hvor mange millioner (har ikke fået svar på mit spørgsmål) i spritnyt laboratorium (det mest avancerede Siemens har leveret i hele verden).
Denne investering skulle give en årlig besparelse på 10 millioner. – Nu ca. 4 måneder efter indvielsen – nedlægger regionen dette fantastiske anlæg – med baggrund i en vurdering fra COWI – der siger – Regionen kan spare 40 millioner ved at lukke laboratoriet.
Hvornår blev det nye Siemens anlæg installeret - Det koster angiveligt 18 mio. at opsige leasingkontrakten, før der er gået 5 år – det forlyder, at anlægget ikke kan flyttes.
Da Regionen overtog RHEL, måtte de da klart vide, at anlægget var installeret – og Regionen har selv indviet det."

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen forelægges regionsrådet den 18. november 2014.

DIREKTØRPÅTEGNING
Hjalte Aaberg / Jesper Olsen.

JOURNALNUMMER
14012081

Retningslinjer for foretræde

Der er mulighed for, at man som enkeltperson eller gruppe kan få foretræde for Sundhedsudvalget. Formålet er, at udvalgets medlemmer kan få belyst synspunkter eller få supplerende faktuelle oplysninger i en sag på dagsordenen.

Hvem kan få foretræde, og hvordan foregår det?
Enkeltpersoner eller mindre grupper (op til fem personer) kan anmode om foretræde for Sundhedsudvalget i forbindelse med et udvalgsmøde. Ved foretræde kan man kort fremføre synspunkter om en konkret sag. Udvalgets medlemmer har mulighed for at stille spørgsmål, og den eller de, der søger foretræde kan kort besvare spørgsmål.

Der afsættes 10 minutter til foretræde i forbindelse med det udvalgsmøde, hvor udvalget drøfter sagen, som regel ved mødets start. Den politiske behandling af sagen finder først sted bagefter, for udvalgsmødet er et lukket møde, jf. regionslovens § 15 stk. 2 og den kommunale styrelseslovs 20, stk. 1.

Den sag, der søges foretræde vil som regel blive behandlet som den første sag på dagsordenen.

Søges der foretræde om en sag eller et emne, som ikke er på dagsordenen for mødet, kan foretrædet placeres i slutningen af mødet.

Hvordan får man foretræde?
Der er nogle formelle ting, der skal overholdes:

En anmodning om foretræde skal være skriftlig og sendes til udvalgets sekretariat på mail: center-for-sundhed@regionh.dk, att.: udvalgets sekretær Lise Bonnevie, telefon: 3866 6080.

Fristen for at anmode om foretræde er senest klokken 9.00 dagen før selve mødedagen, hvis sagen er på dagsordenen. Er sagen ikke sat på dagsordenen, er fristen senest tre arbejdsdage før selve mødedagen, dvs. om torsdagen for møder, der holdes om tirsdagen.

På grund af de korte tidsfrister er det vigtigt, at udvalgets sekretariat får besked om, hvordan de, der ønsker foretræde, kan kontaktes op til udvalgsmødet (e-mail og telefon).

Udvalgets sekretær sender altid en skriftlig bekræftelse og orienterer udvalget om anmodningen.

Udvalgsformanden kan undtagelsesvis afslå et ønske om foretræde for udvalget. Hvis det sker, sender udvalgssekretariatet en besked med en begrundelse for afslaget til den/de personer, der ønsker foretræde. Udvalgsformanden orienterer i starten af udvalgsmødet udvalget om afslaget.

Udvalget godkender ved mødets start anmodninger om foretræde. Hvis flere søger foretræde fordeler udvalgsformanden taletiden.

Der kan kun anmodes om foretræde en gang om den samme sag. Hvis en sag behandles i flere omgange eller i flere politiske udvalg, skal man vælge, hvornår og for hvilket udvalg man ønsker foretræde.

Sekretariatet besvarer gerne spørgsmål, men påtager sig ikke at fremsende materiale, fra personer eller grupper, der ønsker foretræde, til udvalgets medlemmer inden udvalgsmødet.

Dagsorden og beslutningsprotokol
Udvalget har mødedag tirsdag, og møderne begynder klokken 13.00. Dagsordenen til et udvalgsmøde er tilgængelig på regionens hjemmeside fire dage før mødet - som regel torsdag. Udvalgets beslutninger fra udvalgsmødet offentliggøres i beslutningsprotokollen på hjemmesiden efter mødet.

Dagsordner og beslutninger findes på www.regionh.dk under Politik og se "politisk kalender".

Anmodning om foretræde for og spørgsmål til Sundhedsudvalget mailes til:
Sundhedsudvalget
mailadresse: center-for-sundhed@regionh.dk
udvalgssekretær Lise Bonnevie, tlf.: 3866 6080
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Nationalt sorgcenter

Baggrund for etablering af nationalt sorgcenter

Behandlingen af og forskningen i kompliceret sorg for alle aldersgrupper kan med fordel professionaliseres i Danmark i kraft af en specialisering på området.

Kompliceret sorg kan internationalt være på vej til at blive en psykiatrisk diagnose. Risikoen for ensomhed, selvmord, selvbeskadigende adfærd, misbrug, miste job mv. stiger, når man mister, og for hver femte voksen er sorgen så voldsom, at der er brug for særlig psykologisk hjælp.

Ældre, der mister en ægtefælle, har en overraskende høj forekomst af symptomer på posttraumatisk stress. Også yngre voksne rammes af kompliceret sorg ved tab af nære pårørende, og også der er der risiko for selvmord eller social deroute med tab af studieevne/job i kortere eller længere tid.

De nuværende erfaringer

I Danmark behandler Børn, Unge & Sorg kompliceret sorg, men alene for børn og unge op til 28 år. I det segment er BU&S landets mest specialiserede og kvalificerede behandlingssted, når det gælder kompliceret sorg.

BU&S har det som en del af sin strategi at udvide sit behandlingsområde til kompliceret sorg for alle aldersgrupper. Det kan dokumenteres at voksne – akkurat som børn og unge – har risiko for, at deres sorg udvikler sig til stærkt kompliceret sorg. Det sker for to ud af ti voksne, som oplever sorg. For børn og unge drejer det sig om tre ud af ti, som udvikler kompliceret sorg.

BU&S kan dokumentere sin samfundsnytte i kraft af en uafhængig cost-benefit analyse foretaget af Rambøll, og som dokumenterer enorme besparelser på den rette og rettidige behandling af kompliceret sorg.

BU&S repræsenterer en ny organisatorisk tilgang til behandling. BU&S samler behandlere, i dette tilfælde psykologer, som får specialiseret viden og erfaring til at håndtere komplicerede sundhedstilstande. Derved sættes psykologerne i stand til at behandle kompliceret sorg – som faktisk er behandlingskrævende, i modsætning til ikke-kompliceret almindelig sorg, som ikke er behandlingskrævende.

En mindre research i forhold til internationale sorgcentre viser følgende:

- Senter For Krisepsykologi i Norge: http://www.krisepsyk.no/
- Australien center for grief and bereavement: http://www.grief.org.au/
- Winston's Wish i UK og Wales: http://www.winstonswish.org.uk/
- Bereavement Research Forum (BRF) i UK**:** http://www.brforum.org.uk/
- Care for the Family UK, Wales og Skotland:
    - Bereaved Parent Support (BPS): http://www.careforthefamily.org.uk/family-life/bereavement-support/bereaved-parent-support
- Child Bereavement Charity: http://www.childbereavement.org.uk/

Overordnet kan man sige, at tankerne i BU&S om et sorgcenter er genkendeligt i de beskrevne internationale centre. Winstons Wish ligner på mange områder det BU&S vi kender i dag, mens både centeret i Australien og organisationen "Care for the Family" har en struktur, som beskrives i tankerne omkring oprettelse af et dansk sorgcenter.
Det er tydeligt for alle centrene, at deres position som den "førende" inden for feltet har betydet, at andre trækker på centrenes kompetencer – både i forhold til undervisning og efteruddannelse, konsulentydelser og videnscenter.

Det nationale sorgcenter

Målsætningen er at udvide BU&S til et nationalt sorgcenter og blive kendt som den absolut førende organisation i Danmark inden for sorg-terapi.

Egmont Fonden lancerede sammen med Mandag Morgen i foråret 2013 omsorgsmålingen "Når Sorgen Rammer". Heri kan man bl.a. læse, at 14 % af de adspurgte børn oplevede, at deres forældre – eller den efterladte forælder – ikke magtede forældreopgaven, da sorgen ramte familien. Disse børn og unge bliver på den måde ramt ekstra hårdt, fordi de både skal kæmpe med deres egen sorg, og samtidig oplever et omsorgssvigt fra deres forælder/forældre, der pga. deres sorg ikke kan rumme, at drage omsorg for barnet/børnene. Inden for dødsfald i familien kan vi konstatere, at hele familien i visse tilfælde kan have behov for sorgbehandling, og at det, at forælderen/forældrene for sorgbehandling i høj grad kan komme de børn og unge, som på nuværende tidspunkt er i vores målgruppe, til gavn. Det giver derfor både menneskeligt og fagligt mening, at udvide vores målgruppe inden for sorgbehandling.

Ældre, der mister en ægtefælle, har en overraskende høj forekomst af symptomer på posttraumatisk stress. Såvel udenlandsk som dansk forskning peger på at ældres sorg er et overset socialt overset problem. Mange efterladte ældre fortæller, at de ofte bliver mødt med "at de skal være glade for at have haft så mange år sammen med afdøde ægtefælle/partner".

Katherine Shear har udviklet et manualiseret behandlingsprogram - **Complicated Grief Treatment (CGT)**. Programmet er beskrevet i artiklen *Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial.* CGT strækker sig over fire måneder á 16 sessioner. CGT kan både administreres som individuelterapi (CGT) eller gruppeterapi (CGGT), og tager udgangspunkt i tilknytningsteori, psykoterapi og to proces-modellen, som også er udgangspunktet for BU&S´ behandlingsmetode.

CGT er blevet evalueret siden 2005 og senest i 2014 af Shear et al. I artiklen *Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial.* I et randomiseret kontrolleret forsøg påviser Shear et al, at CGT reducerer komplicerede sorgsymptomer og depression hos ældre i højere grad end standard sorgterapi (treatment as usual). Shear og kollegaer konkluderer, at det er nødvendigt for professionelle i sundhedssystemet at anerkende, at kompliceret sorg ikke er depression og kræver specialiseret behandling.

Både nationalt og internationalt er der fokus på sorg og de fysiske og mentale konsekvenser af sorg. I 2012 fik Jesper Mogensen, psykolog i BU&S, optaget en artikel i Månedsskrift for Almen Praksis, hvor han bl.a. refererer til den internationale debat om skelnen mellem sorg og depression, med henblik på at se på sorg som en diagnose på linje med depression. Internationalt tages der et væsentligt skridt i at anerkende, at symptomerne efter et tab kan være de samme som symptomerne for depression, og på den måde behandlingskrævende. Det er væsentligt at fremhæve, at netop skelnen mellem depression og sorg med depressionssymptomer er kernen i debatten. Det kræver nemlig forskellig behandling, alt afhængig af om der er tale om depression eller sorg (forlænget, kompliceret) med depressionssymptomer.

Det nationale sorgcenter vil skulle opkvalificere sundhedsprofessionelle til at skelne mellem den behandlingskrævende komplicerede sorg – og den normale sorg. Derudover vil sorgcentret efteruddanne psykologer, der i dag har et ydernummer (overenskomst mellem Dansk Psykologforeningen og Regionerne), til at behandle kompliceret sorg. Derved implementeres sorgcentrets specialisering også hos psykologer i yderområderne.

På sigt vil sorgcentret også kunne tilbyde specialiseret psykologisk behandling til alvorligt fysisk syge og deres pårørende.

Målgruppens størrelse

Ikke overraskende skal vi alle dø – og dem, der ikke dør første, mister!

I 2014 døde der 52.012 personer i Danmark, og heraf var 82 % 65 år eller ældre. De fem hyppigste dødsårsager var kræft (15.960), hjertesygdomme (8.765), sygdomme i åndedrætsorganer (5.875), andre kredsløbssygdomme (4.717) og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (3.200).
Når en person dør, er der typisk efterladte, enten samlever (ægtefæller mv.), forældre, børn, søskende osv. Regner vi i gennemsnit med to efterladte pr. dødsfald vil det betyde en målgruppe på ca. 100.000 personer årligt.

Rent statistisk mister 80 % af alle danskere deres ægtefælle, efter de er fyldt 65 år. symptomer på posttraumatisk stress.
Ud over ægtefæller er der også voksne, der mister børn, søskende og andre de har tætte relationer til. Voksne (her forstået som personer fra 28 år og op efter) der har behov for professionel hjælp i forbindelse med sorg, vil ofte gå enten via deres egen læge og få henvisning til psykolog med ydernummer eller via et tilbud gennem deres arbejdsplads, forsikringsselskab eller lignende. Udgangspunktet for denne gruppe er, at deres behandling i dag er egen betalt eller med helt eller delvist tilskud fra enten sygesikringsordningen (12

samtaler hos psykolog med ydernummer, hvor sygesikringen finansierer 2/3 del og egenbetalingen er 1/3)eller private forsikringer.

Forskning og effektmåling

I BU&S har vi siden 2007 evalueret vores tilbud til unge efterladte op til 28 år, og har derfor stor erfaring med at måle effekten af sorginterventioner og omsætte resultaterne til brugbar viden i praksis.

I designet til en evaluering til voksenområdet tages der udgangspunkt i disse erfaringer. Målinger foretages umiddelbart før interventionsstart, kort efter afslutning på et forløb samt 12 måneder efter, at forløbet er afsluttet. Med dette evalueringsdesign kan man på relevante parametre undersøge effekten af interventionen over tid. Dette gøres ud fra viden om årsagssammenhænge, som vi på forhånd vil have beskrevet i en forandringsteori for målgruppen.

Inden for sorgterapi på voksenområdet foretager ingen i dag valideret evaluering af effekten af deres arbejde.

Organisering og økonomi

Opbygning af et Nationalt Sorgcenter kunne foregå via Sundhedslovens forsøgsbestemmelse, hvor der fx åbnes mulighed for på dette særlige område, at BU&S kan tildeles et ydernummer uafhængigt af de normale procedurer. Dette kræver at BU&S kan få en eller flere regioner til at indstille BU&S til forsøgsordningen:

Forsøgssporet baserer sig på Sundhedslovens forsøgsbestemmelse. Bestemmelsen er således:

"§ 233. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan efter ansøgning fra et regionsråd eller en kommunalbestyrelse godkende, at der iværksættes forsøg, der indebærer fravigelse af lovens bestemmelser bortset fra bestemmelserne i afsnit II og III samt §§ 77 og 79, § 81, stk. 1, og §§ 82 og 83.

Stk. 2. Forsøg skal have til formål at fremme omstilling i sundhedsvæsenet, herunder med nye organisations- og behandlingsformer, ændrede tilskud eller ændrede honoreringssystemer m.v."

Samlet set vurderes udgifterne i projektet til 16,5 mio. kr. i en fireårig periode eksklusiv de afledte indtægter, som etableringsfasen måtte kaste af sig. Opbygningen kunne fx foregå via et Partnerskab mellem Sundhedsministeriet, Region Hovedstaden og en eller flere fonde.

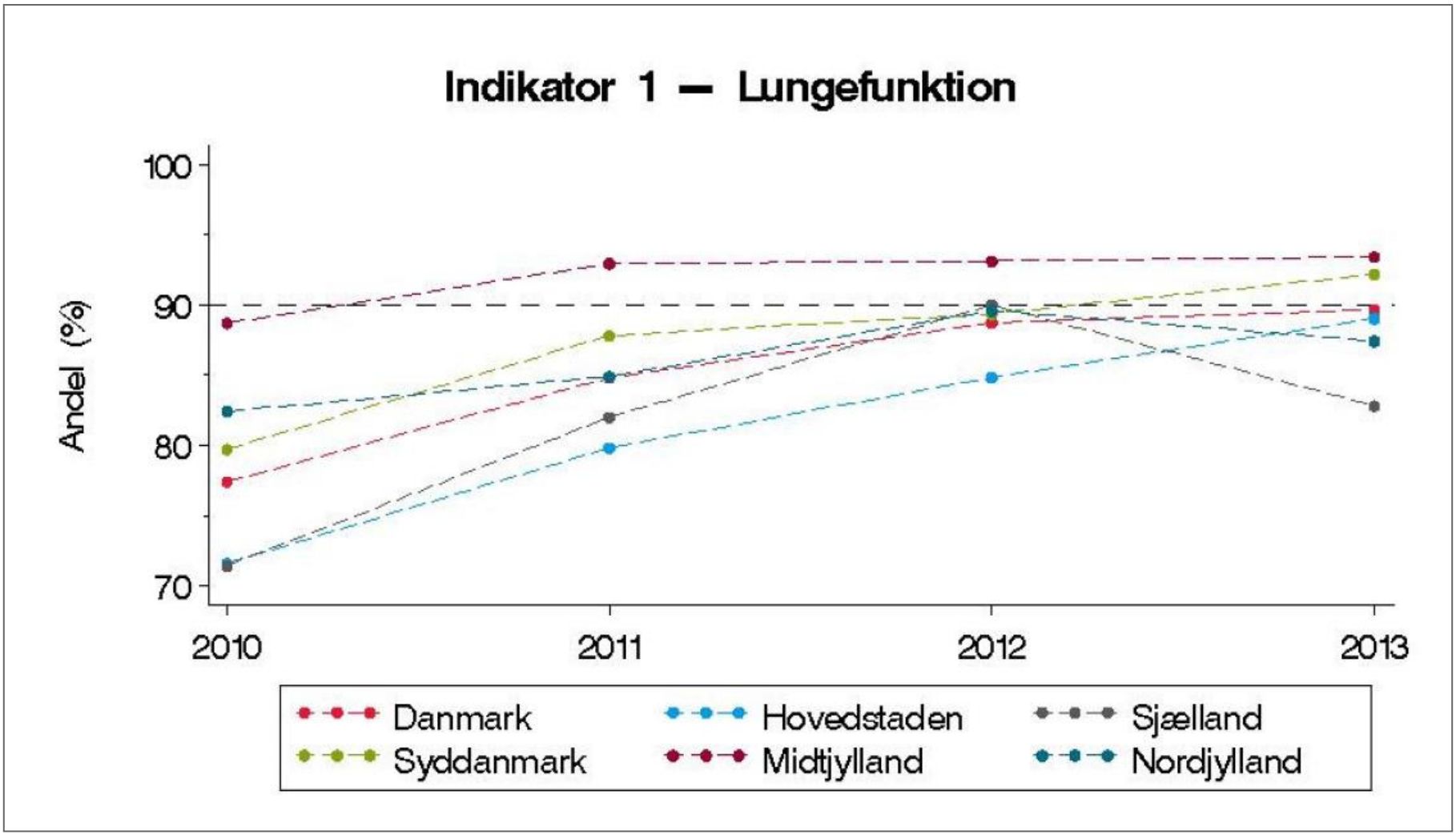
Preben Engelbrekt
Direktør
Børn, Unge & Sorg
Mail: pe@bornungesorg.dk
Telefon: 25 61 12 62

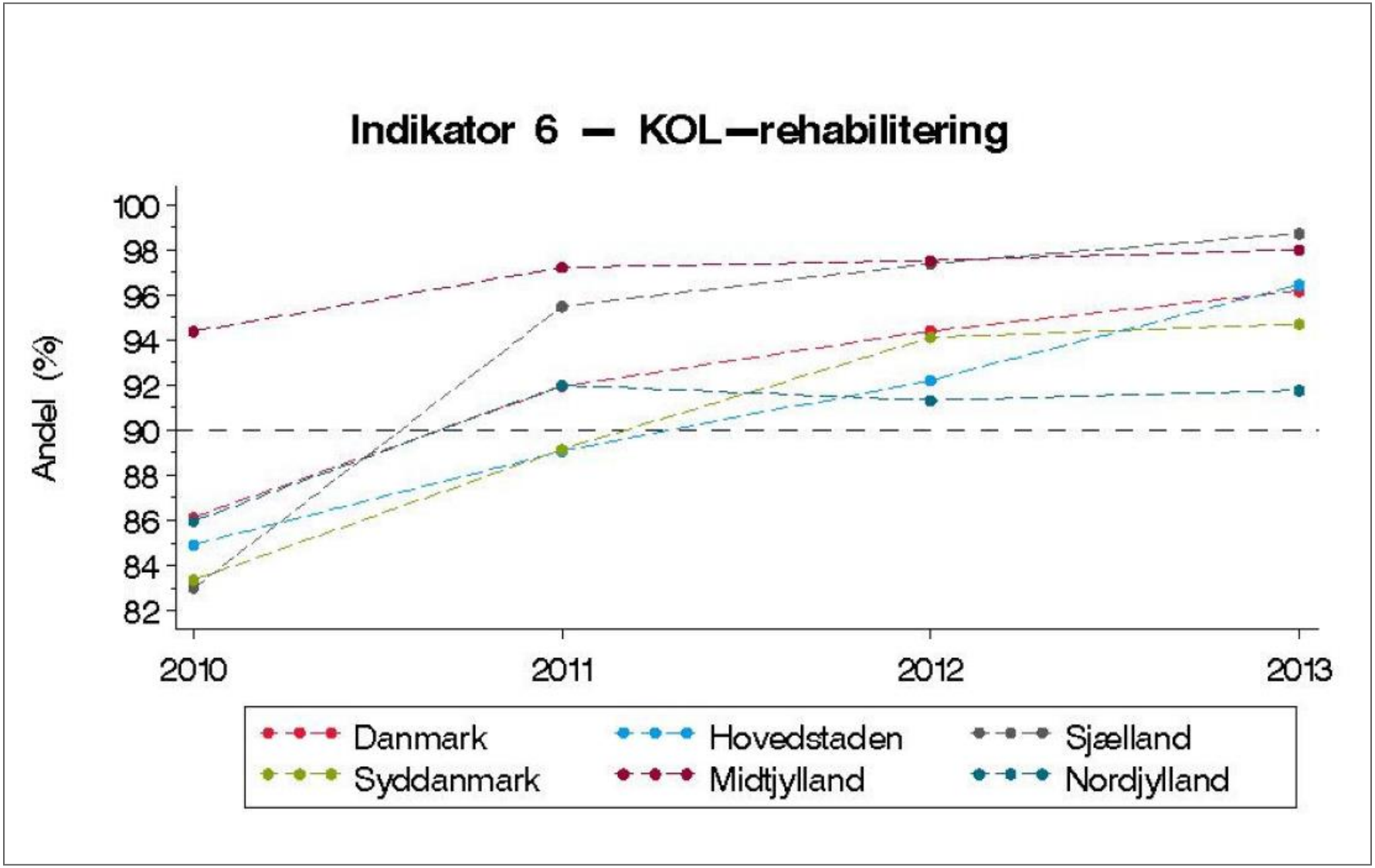
DrKOL

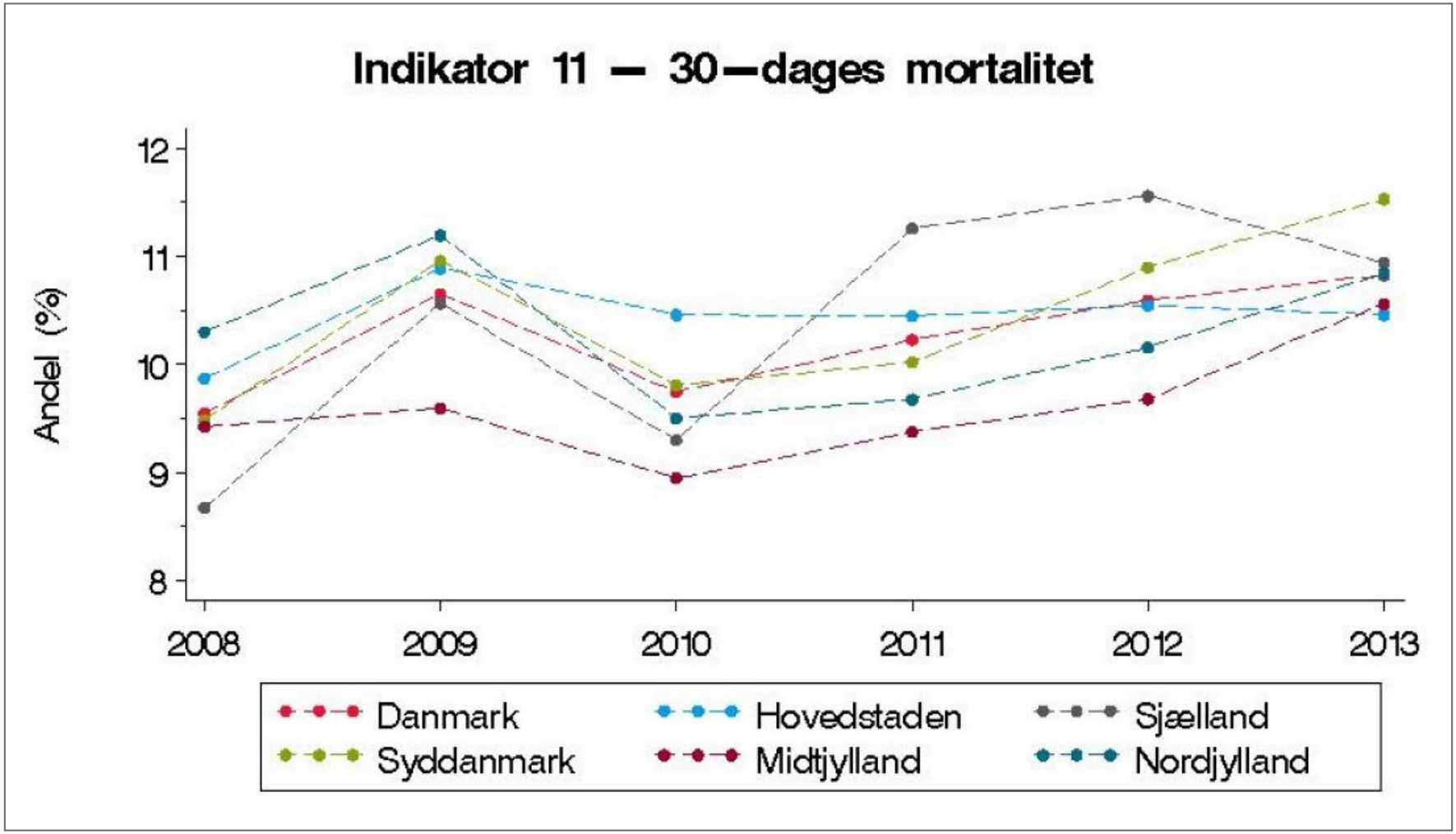
Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom

Møde i Sundhedsudvalget d. 13-01-2015

KOL i Danmark	Danmark	RegionH
Antal patienter med KOL	400.000	100.000
Antal patienter med moderat KOL	230.000	60.000
Antal patienter med svær/meget svær KOL	40.000	10.000
Dansk Register for KOL	**Danmark**	**RegionH**
Tidsperiode	2008 - 2014	
Antal indikatorer - ambulante	8	
Antal indikatorer – indlagte	3	
Ambulante kontakter på hospital	41.791	16.294
Antal patienter i ambulant forløb	15.703	5.675
Antal indlæggelsesforløb	22.683	7.505
Antal patienter med KOL-årskontrol i praksis	13.105	3.489


Indikator 1 – Lungefunktion
Andel (%)
100
90
80
70
2010
2011
2012
2013
Danmark
Hovedstaden
Sjælland
Syddanmark
Midtjylland
Nordjylland


Indikator 6 – KOL–rehabilitering
Andel (%)
100
98
96
94
92
90
88
86
84
82
2010
2011
2012
2013
Danmark
Hovedstaden
Sjælland
Syddanmark
Midtjylland
Nordjylland


Indikator 11 – 30–dages mortalitet
Andel (%)
12
11
10
9
8
2008
2009
2010
2011
2012
2013
Danmark
Hovedstaden
Sjælland
Syddanmark
Midtjylland
Nordjylland

Indikator	Standard	Danmark	RegionH
1. Lungefunktion (målt)	90 %	90 %	89 %
2. Ernæringstilstand (BMI målt)	90 %	90 %	87 %
3. Åndenød (vurderet på skala)	90 %	89 %	88 %
4. Rygestatus (registreret)	90 %	87 %	88 %
5. Rygestop (opfordret, henvist)	90 %	96 %	95 %
6. KOL-rehabilitering (tilbudt)	90 %	96 %	96 %
7a. Medicinsk behandling (ordineret)	Ingen	94 %	93 %
7b. Medicinsk behandling (ordineret)	Ingen	90 %	89 %
8. Inhalationsteknik (kontrolleret)	90 %	86 %	86 %
9. Ventilationsstøtte (NIV iværksat)	8-12 %	11 %	10 %
10. Genindlæggelse 30 dage (register)	Ingen	18 %	20 %
11. Mortalitet 30 dage (register)	Ingen	11 %	10 %

Ønsker fra patienter og pårørende:

- Bedre tilgængelighed til de sundhedsprofessionelle.
- Øget patientinddragelse.
- Fleksible tilbud målrettet den enkelte.
- Information og ligeværdig kommunikation.
- Bedre opfølgning og placering af ansvar for det videre behandlingsforløb.
- En KOL-koordinator.
- Netværksgrupper til pårørende.
- Fælles IT-løsninger.
- Pjece om livet med KOL.

”

Patienterne ønsker en lettere adgang til at komme i kontakt med og kommunikere med lægen og andre sundhedspersoner. Det kunne fx ske via en Skypeforbindelse, så de kunne se personen i den anden ende.”

Pernille Wodskou

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for
Hospitalsplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 60 20
Web www.regionh.dk

Ref.: rikoer
Journal nr.: 14008869

Dato: 19. december 2014

NOTAT

Administrativt forslag til en revidering af HOPP 2020

Formål med revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
Region Hovedstaden er landets største hospitalsvæsen. Målet er, at det også skal være landets førende hospitalsvæsen, som leverer behandling af høj kvalitet på internationalt niveau. Regionens hospitaler skal derfor være kendetegnet ved at levere:

- sammenhængende patientforløb både mellem hospitaler og sektorer, hvor det er patientens situation, der styrer forløbet,
- høj faglig og patientoplevet kvalitet,
- udvikling af stærke toneangivende faglige miljøer som både skal være med til at sikre et hospitalsvæsen som leverer behandling på et højt internationalt niveau og som samtidig er en attraktiv arbejdsplads for regionens borgere,
- rammerne for et attraktivt og udviklende forskningsmiljø.

Revisionen af HOPP 2020 skal understøtte, at de disse mål kan opnås, samtidig med at revisionen skal understøtte, at de pejlemærker og den nye ledelsesstruktur, der er besluttet med budgetaftalen, kan implementeres, således at den forventede effekt i forhold kvalitet, effektivitet og optimal anvendelse af de fysiske rammer kan opnås.

Administrativ proces med at revidere Hospitals- og Psykiatriplan 2020
Administrationen har sammen med alle hospitalsdirektioner og alle sundhedsfaglige råd gennemgået alle de lægefaglige specialer for at vurdere, om der er sket ændringer i de forudsætninger, som danner grundlag for HOPP 2020, og hvor ændringerne i forudsætningerne betyder, at administrationen nu anbefaler en anden organisering af specialet fremadrettet.

Ændringer i forudsætningerne kan være:

- **den faglige udviklinger** - der kan være udviklet nye behandlinger, eller eksisterende behandlinger kan være blevet forenklet, så de kan varetages på flere hospitaler eller flyttes til praksissektoren,

- **nye krav fra sundhedsstyrelsen -** som kan betyde, at opgaver skal varetages på færre eller flere hospitaler,
- **ændringer i aktiviteten** (ændringer i antallet af patienter) **-** som kan skyldes den demografiske udvikling eller samarbejdet med andre regioner om opgavevaretagelsen,
- **de økonomiske rammevilkår og muligheder for rationaldrift** som kan nødvendiggøre tilpasninger og ændringer af den nuværende organisering for fortsat at kunne levere optimal drift.

Forslag til ændringer af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
Med afsæt i budgetaftalen for 2015 og den faglige gennemgang af specialerne anbefales der følgende ændringer til HOPP 2020:

Der skal arbejdes henimod en ensretning af optageområderne for kvinde-barn specialerne
Kvinde-barn specialerne omfatter de lægefaglige specialer gynækologi, obstetrik (fødsler) og pædiatri (børne-ungesygdomme). I august 2014 besluttede regionsrådet at ændre i optageområderne for fødsler for at sikre en optimal anvendelse af regionens fire fødesteder og samtidig understøtte høj fagligt kvalitet på området. Ændringen har betydet, at der ikke længere er ens optageområde for de nævnte specialer og opgaver, som ofte har en tæt relation i forhold til diagnosticering og behandling.

Ved at ensrette optageområderne understøttes sammenhæng af patientforløb. Samtidig ændres aldersgrænsen for, hvornår en patient er en pædiatrisk patient til at være 0-18 år i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Ensretningen af optageområderne omfatter ikke Bornholms Hospital, som uændret har hele øen som optageområde for alle de nævnte specialer.

Af hensyn til hospitalerne og deres nuværende organisering og kapacitet kan det blive nødvendigt med en løbende implementering af ensretningen.

Regionens to afdelinger for dermatologi-venerologi og allergologi sammenlægges på Bispebjerg Hospital
Dermatologi-venerologi og allergologi er de lægefaglige specialer for hud- og kønssygdomme samt allergi. Der foreslås en samling af de to afdelinger. Samlingen vil i første omgang være organisatorisk med en udefunktion på Gentofte Hospital. Det skal herefter vurderes, om den sengebårne aktivitet kan flyttes til Bispebjerg Hospital, og når de fysiske rammer er til stede, skal de to afdelinger samles på Bispebjerg Hospital. Den specialiserede allergifunktion forbliver på Gentofte Hospital, indtil det er muligt at sikre gode fysiske rammer på Bispebjerg Hospital.

Samlingen af de to afdelinger til én afdeling vil give bedre muligheder for at udnytte den samlede kapacitet indenfor specialet. Afdelingen vil blive Nordens største afde-

ling og vil give optimale mulighed for at fastholde og videreudvikle de hidtil stærke faglige miljøer, herunder Allergicentret med Global Excellence status.

Samlingen giver også mulighed for en rationaliseringsgevinst både i form af stordriftsfordele, men også ved at ledelserne sammenlægges.

Regionens to brystkirurgiske afdelinger sammenlægges på Herlev og Gentofte Hospitaler
Specialet mammakirurgi (brystkirurgi) foreslås samlet på Herlev og Gentofte Hospitaler. Ved at samle de to brystkirurgiske afdelinger under en ledelse og på en matrikel sikres grundlaget for et 'Mammakirurgisk Center of Excellence'.

Region Hovedstaden vil med sammenlægningen få én af Nordeuropas største mammakirurgiske afdelinger, som vil kunne blive tonangivende indenfor udvikling, forskning og uddannelse på det brystkirurgiskeområde.

Samlingen vil endvidere understøtte, at Herlev og Gentofte hospitaler tilføres planlagte opgaver, som kan understøtte anvendelse af de ledige fysiske rammer på Gentoftematriklen, samtidig med at mammakirurgi, som ikke er en højt specialiseret funktion, fjernes fra Rigshospitalet og Glostrup Hospital.

Samlingen giver også mulighed for en rationaliseringsgevinst både i form af stordriftsfordele, men også ved at ledelserne sammenlægges.

Regionens mammaradiologiske aktivitet og ledelsen af brystkræftscreeningsprogrammet samles på Herlev og Gentofte Hospitaler.
Som konsekvens af, at mammakirurgien foreslås samlet på Herlev og Gentofte Hospitaler foreslås det, at mammaradiologien på Rigshospitalet og ledelsen af mammascreeningssekretariatet også flyttes til Herlev og Gentofte Hospitaler og forankres organisatorisk under Herlev og Gentofte Hospitalers direktion.

Hvis mammakirurgien samles på Herlev og Gentofte Hospitaler vil det være en naturlig konsekvens, at mammaradiologien også samles på samme matrikel for derved at sikre sammenhængende patientforløb, samt at ledelsen af mammascreeningsprogrammet også forankres ledelsesmæssigt under Herlev og Gentofte Hospitalers direktion.

I lighed med samlingen af mammakirurgien, er det forventningen, at samlingen af mammaradiologien vil medføre stordriftsfordele.

Fysisk samling af den karkirurgiske afdeling på Rigshospitalet
Specialet karkirurgi er i dag organiseret i én afdeling, som har funktion på to hospitaler. Der er en udefunktion på Gentofte Hospital som varetager planlagte karkirurgiske behandlinger. Det foreslås, at udefunktionen lukkes, og aktiviteten hjemtages til afdelingen på Rigshospitalet. En samling af specialets læger på én matrikel vil kunne give

en mere direkte vidensdeling mellem lægerne og dermed et ensartet højt niveau i behandlingen.

Samling af specialet klinisk onkologi på to afdelinger på henholdsvis Rigshospitalet og Herlev Hospital
Specialet klinisk onkologi varetager kræftbehandling med eksempelvis stråler og medicin (kemo). Det foreslås, at specialet fremadrettet varetages på to afdelinger i regionen fremfor tre afdelinger, således at aktiviteten samles på afdelingerne på Herlev og Gentofte Hospital - Herlev-matriklen og Rigshospitalet og Glostrup Hospital - Blegdamsvejs-matriklen. Det betyder også, at den planlagte onkologiske afdeling på Hvidovre Hospital ikke etableres.

Forslaget til en ændring begrundes bl.a. med, at Region Hovedstaden hidtil har varetaget hovedparten af den onkologiske behandling af patienter bosiddende i Region Sjælland. Det betyder, at Region Hovedstaden for nogle funktioner har haft et samlet optageområde på ca. 2,5 mio. indbyggere; heraf er ca. 800.000 bosiddende i Region Sjælland. Region Sjælland har påbegyndt onkologisk behandling af egne patienter for flere funktioner. I takt med at Region Sjælland opbygger den onkologiske kapacitet og kompetencerne, skal Region Hovedstaden derfor påregne at miste ca. 1/3 af patientgrundlaget for en del funktioner. Det er derfor vurderingen, at patientgrundlaget i Region Hovedstaden vil ændre sig så meget, at to afdelinger vil skabe det optimale grundlag for at sikre en fortsat høj kvalitet i behandlingen, sammenhængende patientforløb og en effektiv drift.

Ved at samle den onkologiske aktivitet på de to nævnte hospitaler vil den medicinsk onkologiske aktivitet i udgangspunktet blive varetaget på et hospital, som også varetager strålebehandling. En samling vil derfor understøtte sammenhængende patientforløb på kræftområdet, hvor der er færre overgange og skift mellem hospitaler. Bornholms Hospital skal dog fortsat varetage den medicinske onkologiske behandling på hovedfunktionsniveau for øens beboere i tæt samarbejde med de to hospitaler. Samtidig med at den onkologiske behandling samles på to afdelinger skal opgavevaretagelsen og fordelingen af opgaver mellem de to afdelinger revurderes. Patienter skal, så vidt det er muligt, modtage et tilbud om kirurgisk og onkologisk behandling på det samme hospital.

Der skal fortsat være fokus på at sikre nærhed for patienter, som behandles for kræft. De undersøgelser, eksempelvis blodprøvetagning, som ikke forudsætter tilstedeværelsen af specialiseret onkologisk personale, skal derfor fortsat kunne varetages på regionens øvrige hospitaler eller i Sundhedshuset i Helsingør.

Samlingen giver også mulighed for en rationaliseringsgevinst. Der vil med samlingen være to afdelingsledelser fremfor tre, og Region Hovedstadens Apotek, som i dag har cytostatika blandestation (kemo-blandemaskine) på tre matrikler, vil fremover kunne nøjes med to cytostatika blandestationer.

Den ortopædkirurgiske funktion på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (Frederiksberg-matriklen) lukkes, og at al planlagt fingerkirurgi og håndkirurgi fra hele regionen flyttes til Herlev og Gentofte Hospital (Gentofte-matriklen)
Det foreslås, at den ortopædkirurgiske funktion på Frederiksberg-matriklen lukkes, og at ortopædkirurgiske behandlinger for borgerne i planlægningsområde Byen (undtagen Rigshospitalets akutte optageområde) samles på Bispebjerg-matriklen. Det foreslås endvidere, at al planlagt fingerkirurgi og håndkirurgi fra hele regionen flyttes til Herlev og Gentofte Hospital (Gentofte-matriklen).

Med et dalende antal behandlinger indenfor specialet er det vurderingen, at der fremadrettet kun skal være én afdeling (matrikel), der alene varetager elektiv ortopædkirurgisk aktivitet, nemlig Herlev og Gentofte Hospital (Gentofte-matriklen), mens alle andre afdelinger fastholder fordelingen af elektiv og akut aktivitet. Forslaget understøtter samtidig, at der tilføres planlagte kirurgiske behandlinger til Gentofte-matriklen, at der på Gentofte-matriklen etableres en ortopædkirurgisk afdeling med højt fagligt niveau og gode muligheder for fortsat forskning og udvikling, og at der sikres et grundlag for en effektiv drift.

Varetagelsen af hånd- og fingerkirurgi ved traumer og på børn skal fortsat foregå på Rigshospitalet med lægelig bemanding fra Gentofte-matriklen.

Lukningen af funktionen på Frederiksberg-matriklen, vil forudsat at lukningen af den urologiske funktion (nævnt nedenfor) medføre, at operationsgangen med tilhørende opvågningsfaciliteter, anæstesifunktion og vagtberedskab kan lukkes, og der vil derfor være en driftsbesparelse.

Samling af den urologiske aktivitet i to afdelinger på henholdsvis Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospitaler
Det urologiske speciale omfatter behandling af de mandlige urinveje, blære og nyre. Det foreslås, at den urologiske afdeling på Frederiksberg Hospital flyttes til Herlev og Gentofte Hospital, og at der etableres en urologisk afdeling med funktion på både matriklen i Herlev og matriklen i Gentofte. Herlev og Gentofte Hospital skal varetage den urologiske funktion for planlægningsområderne Nord, Midt og Syd og bliver en af Nordens største urologiske afdelinger. Rigshospitalet skal varetage den urologiske funktion for planlægningsområde Byen.

En samling af den urologiske aktivitet på to afdelinger giver bedre mulighed for udvikling, høj faglig kvalitet, planlægning, effektivisering og kapacitetsudnyttelse. Forslaget understøtter samtidig, at der tilføres planlagte kirurgiske behandlinger til Gentofte-matriklen.

I forbindelse med gennemførelsen af forslaget skal fordelingen af specialiserede funktioner mellem de to hospitaler revurderes. Rigshospitalet og Glostrup Hospital er regionens centrale højtspecialiserede hospital, og det skal sikres, at hospitalet fortsat har tilstrækkelig kapacitet indenfor særligt de højt specialiserede funktioner.

Som nævnt ovenfor vil lukningen af den urologiske funktion på Frederiksberg-matriklen gøre det muligt at lukke operationsgangen mv., og dermed opnå en drifts-besparelse.

Samling af regionens fire reumatologiske afdelinger til én afdeling ledet af Rigs-hospitalet og Glostrup Hospital
Specialet reumatologi omfatter bl.a. medicinske sygdomme i leddene, eksempelvis gigt. Det foreslås, at de fire afdelinger samles i en afdeling, som forankres fysisk og organisatorisk under Rigshospitalet og Glostrup Hospital. Afdelingen skal have ambulant udefunktion i de øvrige tre planlægningsområder. Ved at samle specialet i én afdeling skabes der er et stærkt fagligt miljø, som kan understøtte, at der fortsat leveres reumatologisk behandling af høj kvalitet i hele regionen. En stor reumatologisk afdeling med et stærkt fagligt miljø vurderes endvidere at give de bedst mulige betingelser for rekruttering af personale til rygfunktionen på Glostrup Hospital samt for de tværfaglige reumatologiske teams bestående af reumatologer, sygeplejersker og fysioterapeuter.

Der skal etableres en ambulant funktion i hvert planområde som udefunktion ledet af Rigshospitalet og Glostrup Hospital med henblik på at sikre ambulant, reumatologisk behandling i patientens nærområde.

Organisatorisk og fysisk samling af Psykiatrisk Center København med Psykiatrisk Center Frederiksberg og organisatorisk sammenlægning af Psykiatrisk Center Glostrup med Psykiatrisk Center Hvidovre
Indenfor specialet voksenpsykiatri foreslås det, at der inden for de kommende år gennemføres en organisatorisk sammenlægning af Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Frederiksberg, og senest med færdiggørelsen af det nye byggeri til psykiatrien på Bispebjerg-matriklen undersøges mulighederne for en fysisk samling af de to psykiatriske centre.

Der foreslås også en organisatorisk sammenlægning af Psykiatrisk Center Glostrup med Psykiatrisk Center Hvidovre. Sammenlægningerne vil understøtte en mere sammenhængende struktur på området og en bedre og koordineret opgavefordeling i forhold til de sammenlagte centers optageområde.

Sammenlægningerne giver også mulighed for en rationaliseringsgevinst både i form af stordriftsfordele, men også ved, at ledelserne sammenlægges.

Alle ændringsforslag er uddybet i vedlagte notat

Høringsperiode
Det foreslås, at ændringsforslagene sendes i bred høring i perioden 4. februar - 24. april 2015, og at regionen anmoder Sundhedsstyrelsen om rådgivning i forhold til de foreslåede ændringer.

Der planlægges en række borger og medarbejderrettede høringsinitiativer i høringsperioden:

- Brede borgerrettede aktiviteter: Mulighed for at tilkendegive holdninger om ændringsforslagene via facebook, annoncering af ændringsforslag via twitter og annoncering af ændringsforslag via regionens hjemmeside og pressemeddelelse med mulighed for at aflevere skriftlige høringssvar via e-mail.

  Desuden kan temaer fra revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020 muligvis indgå i regionens dialogmøde, der planlægges den 28. februar 2015 som et led i Danske Regioners projekt " Borgernes Sundhedsvæsen - vores sundhedsvæsen". Dette er dog ikke endelig vedtaget, og det vil kræve, at temaerne, som vil indgå, er i tråd med den overordnede ramme "Service og kommunikation".

- Brede patientrettede aktiviteter: Annoncering af ændringsforslagene på regionens hospitaler med særlig fokus på de berørte afdelinger og specialer. Der opstilles 'postkort', hvor patienter og pårørende har mulighed for at komme med forslag og tilkendegive holdninger.

- Målrettet ansatte og medarbejderudvalg: Der afholdes i høringsperioden et gå-hjem møde, hvor alle ansatte og fagforeninger inviteres til at deltage. Formål er at skabe mulighed for an åben konstruktiv debat om, hvordan vi bedst muligt sikrer implementeringen af forslagene. Derudover har alle hospitaler via deres medarbejderudvalg (VMU) mulighed for at afgive skriftligt høringssvar.

- Der anbefales ingen særlige høringsinitiativer målrettet kommunerne: Kommunerne har via Den Administrative Styregruppe (DAS) anbefalet, at der ikke arrangeres høringsinitiativer målrettet kommunerne. DAS anbefaler, at høringsmaterialet sendes til samordningsudvalgene, og at man i det regi drøfter konsekvenserne af ændringsforslagene og hvordan der sikres en god implementering og konkretisering af ændringsforslagene med fokus på nærhed og sammenhæng for borgerne.

Alle høringssvar vil blive gjort tilgængelige på regionens hjemmeside i takt med, at administrationen modtager dem.

Sundhedsudvalget, Psykiatriudvalget og Kræftudvalget er til deres møder den 13. januar 2015 anmodet om at komme med anbefalinger til temaer og emner, der skal være fokus på i høringsperioden.

Godkendelse af revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
På baggrund af de input, der modtages i høringsperioden: både skriftlige høringssvar og de dialogbaserede høringssvar og bemærkninger, udarbejdes et forslag til en revision af Hospitals- og Psykiatriplan 2020, som forelægges regionsrådet med henblik på godkendelse den 16. juni 2015. Der henvises i øvrigt til notat om processen.

Implementering af ændringsforslagene
Der er en række interne afhængigheder, der skal tages hensyn til, når ændringsforslagene skal implementeres, og flere af ændringsforslagene kræver anlægstilpasninger for at kunne gennemføres. Det er derfor vigtigt med en koordineret implementering.
Når revisionen er godkendt, vil der umiddelbart efter blive udarbejdet en implementeringsplan, herunder en beskrivelse af eventuelle afledte anlægsudgifter.
For de ændringsforslag, der i implementeringsplanen foreslås implementeret i 2016, vil der i august 2015 foreligge en vurdering af både en effektiviseringsgevinst og eventulle afledte anlægsudgifter.

Alle ændringsforslag gennemføres i overensstemmelse med regionens personalepolitiske principper, og de ansvarlige hospitalsdirektioner vil sikre en tæt dialog med de relevante medarbejderudvalg og afdelingsledelser.

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for
Hospitalsplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 60 14
Web www.regionh.dk

Ref.: dand

Journal nr.: 14008869

Dato: 15. december 2014

NOTAT

Opsamling på møde i Patientinddragelsesudvalget vedr. revision af Hospitals- og Psykiatriplan 2020

Onsdag den 10. december 2014 havde Region Hovedstaden inviteret Patientinddragelsesudvalget (PIU) til møde om revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020).

Til mødet deltog følgende medlemmer af PIU:
Malene Madsen
Jette Bay
Jens Barfoed
Marie Louise Allerslev
Kai Nørrung
Bente Clausen

Til mødet deltog følgende repræsentanter fra administrationen i Region Hovedstaden:
Svend Hartling
Else Hjortsø
Anne Skriver
Lone Holm
Ditte Rathey Andreasen

Koncerndirektør Svend Hartling præsenterede formål med HOPP 2020 og rammerne for revisionen.

Herefter var der lagt op til drøftelse af udvalgte temaer.

Drøftelse af udvalgte temaer
Den første drøftelse var fokuseret omkring de konkrete ændringsforslag til hospitalsplanen:

1. Hvad skal regionen være opmærksom på i forhold til at skabe mest mulig nærhed og tilgængelighed, når funktioner samles?
2. Hvordan understøtter regionen bedst patienternes behov for tryghed og rettighed i HOPP 2020?

Når funktioner bliver samlet bliver **patienttransport** et af de centrale elementer i forhold til patienternes oplevelse af sammenhæng.
Hvis der er dårlige adgangsforhold giver det problemer i forhold til tilgængelighed, og hvis der er lang ventetid på patienttransport, udfordrer det patienternes mulighed for at få en hverdag til at hænge sammen.

Regionen skal være fokuseret på bedre adgangsveje og parkeringsmuligheder på hospitalerne samt forbedrede (mere fleksible) muligheder for rekvirering af patienttransport til og fra behandling på et hospital. PIU understregede, at der er behov for forbedring både hvad angår siddende og liggende patienttransport.
I forhold til ventetid på patienttransport foreslog PIU en bedre anvendelse af ny teknologi i arbejdet med afkortelse af ventetid.

De **fysiske forhold på hospitalerne** spiller også en stor rolle i forhold til patienternes oplevelse – særligt er regionernes hospitaler under pres på akutmodtagelserne, hvor patienterne i forvejen er i meget sårbare situationer.
Svend Hartling bemærkede, at der bliver klare forbedringer af de fysiske forhold på hospitalerne, som nybyggerierne står færdig, men regionen skal naturligvis være fokuseret på, hvordan der kan tænkes i forbedringer af de nuværende forhold.

Der er en særlig bekymring for **kroniske og/eller multisyge patienter**, da disse oplever stor usikkerhed, når de skal flytte rundt mellem hospitaler. Det kræver information og kommunikation, hvis disse patienter skal have trygge oplevelser i sundhedsvæsenet.

Det gode eksempel med Dialyseafsnit PLC på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (Frederiksberg matriklen) blev fremhævet.
Dialyseafsnittet har både et dag- og aftenhold, og det er et godt initiativ i forhold til mere patientinddragelse, mere oplevet frihed for den enkelte patient og patientuddannelse.
Regionen kunne godt være bedre til at udbrede gode eksempler som dette på tværs af hospitaler.
Patienter oplever ikke altid regionen som én samlende behandlende enhed – der opleves forskelle på kultur og ledelse. Svend Hartling supplerede med, at Region Hovedstaden naturligvis skal fungere som en samlet enhed, for som én samlet enhed bliver udbredelse af de gode eksempler lettere.

Patientuddannelse er en rigtig god idé, da det gør patienter i stand til at tage mere ansvar for deres egen sygdom og dette har en positiv effekt i sig selv.
Udfordringen kan være bred anerkendelse af patientuddannelse, så patienter ikke oplever at blive underkendt på deres kompetencer fx på andre hospitaler end det, hvor de er uddannet.

I det hele taget er **patientrettet information og kommunikation** meget vigtigt for at patienter føler sig trygge i behandlingen i sundhedsvæsenet.
Den manglende informationsdeling mellem afdelinger/hospitaler såvel som mellem sektorer opleves som et eksempel på manglende sammenhæng for patienter.
Svend Hartling bemærkede, at Sundhedsplatformen vil afhjælpe den manglende informationsdeling, men regionen skal kontinuerligt have fokus på dette.
Det er meget vigtigt at inddrage patienter vedrørende information om flytninger, fordi patienter kan bidrage med modtagerperspektivet på kommunikationen.

<u>Drøftelse af forslag til hørings-initiativer:</u>
Aftenens anden drøftelse var fokuseret omkring inddragelse af interessenter i høringsperioden for den reviderede hospitalsplan:

1. Hvordan inddrager regionen patienter og pårørende bedst muligt i høringen af forslaget til en revideret HOPP 2020?

2. Hvilke patient-, pårørende- og borgerrettede tiltag kan anbefales i høringsperioden?

PIU foreslog overordnet en **temaopdeling**, så borgerne ved, hvad der er i fokus og hvad der foreslås ændret.
En gennemgang af alt det relevante materiale vil være meget omfangsrig og svært at danne sig et overblik over – derfor kan det anbefales at opdele i temaer. Opdelingen kan evt. være på specialer, hvor der er ændringer. Det er dog vigtigt, at alt materiale er tilgængeligt for alle på nettet, så man kan læse det hele, hvis man er interesseret.

PIU anbefalede, at regionen prøver at få fat i så mange patientforeninger som muligt til høringen – og dette opnås bedst gennem **henvendelse til paraplyorganisationerne**. Henvendelsen til paraplyorganisationerne kan være fulgt af en kort opsamling på, hvor der foreslås ændringer (en slags læsevejledning) som hjælp for paraplyorganisationernes videreformidling. Regionen skal også være opmærksom på, at en paraplyorganisation også kan være interesseret i at sende et selvstændigt høringssvar.

I forhold til tilrettelæggelse af selve høringen anbefalede PIU, at **regionen kan reklamere** gennem patientforeningerne, på regionens egen hjemmeside (evt. med mailadresse som borgerne kan sende bidrag til), annoncer/pressemeddelelser i lokalaviser og på regionens akutklinikker og akutmodtagelser (evt. med postkort, som borgerne kan sende til regionens postadresse).

Hvis der bliver stillet **konkrete spørgsmål** som del af en temaopdeling for at inddrage borgere, er det meget vigtigt, at de stillede spørgsmål er åbne – fx:
"Hvordan oplever du et godt behandlingsforløb?"
"Hvad kendetegner et sammenhængende behandlingsforløb for dig?"
"Hvad gør, at du føler dig godt modtaget på et hospital?"
Det er vigtigt at stille spørgsmål, så de lægger op til konstruktive svar.

PIU havde en bemærkning til **Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser** (LUP). Det er selvfølgelig en god mulighed for at beskrive oplevelser for patienterne, men der er ikke mulighed for at gå tilstrækkeligt i detaljer. Det er fx en særlig udfordring, at der ikke er mulighed for at bedømme de enkelte afdelinger særskilt i undersøgelsen En vurdering kan således stamme fra en oplevelse fra en helt konkret afdeling i undersøgelsen og dermed komme til at afspejle en vurdering af et helt hospital, selvom andre afdelinger måske har fungeret godt i forløbet.
[Ansvaret for LUP ligger hos Region Hovedstadens Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Enheden har netop nedsat et Patient- og pårørendeudvalg, som bl.a. skal være med til at kvalificere det forberedende arbejde omkring LUP.
Se evt.: http://www.patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup/taenke-deltage-patient-paaroerendeudvalg
Ansøgningsfrist ift. deltagelse i udvalget er den 5. januar 2015]

Center for Sundhed

Enhed for
Hospitalsplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 60 20
Web www.regionh.dk

Journal nr.: 14008869
Ref.: annjen

Dato: 2. december 2014

Oversigt over høringsparter ifm. revisionen af HOPP 2020

A Statslige myndigheder
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen

B Øvrige myndigheder
Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for Sundhed
Færøernes Landsstyre

C Uddannelsesinstitutioner
Københavns Universitet
Danmarks Tekniske Universitet
Professionshøjskolen Metropol
Professionshøjskolen UCC
Bornholms Sundheds- og Sygeplejeskole
SOPU (Sundhed, Omsorg, Pædagogik) København og Nordsjælland
SOSU C
UC Diakonissestiftelsen
Copenhagen Business School
CPH-West
Hotel- og Restaurantskolen

D Regioner
Danske Regioner (til orientering)
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland

E Kommuner
Kommunernes Landsforening (til orientering)
Halsnæs Kommune
Gribskov Kommune
Helsingør Kommune
Frederikssund Kommune
Hillerød Kommune
Fredensborg Kommune
Allerød Kommune
Hørsholm Kommune
Egedal Kommune

Furesø Kommune
Rudersdal Kommune
Lyngby-Taarbæk Kommune
Ballerup Kommune
Herlev Kommune
Gladsaxe Kommune
Gentofte Kommune
Rødovre Kommune
Høje-Taastrup Kommune
Albertslund Kommune
Glostrup Kommune
Ishøj Kommune
Vallensbæk Kommune
Brøndby Kommune
Hvidovre Kommune
Tårnby Kommune
Dragør Kommune
Bornholms Regionskommune
Frederiksberg Kommune
Københavns Kommune

F Videnskabelige selskaber
Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK)
Dansk Selskab for Medicinsk Genetik (DSMG)
Danmarks Mikrobiologiske Selskab
Dansk Cardiologisk Selskab
Dansk Dermatologisk Selskab
Dansk Endokrinologisk Selskab
Dansk Epidemiologisk Selskab
Dansk Epilepsi Selskab
Dansk EtnoMedicinsk Selskab
Dansk Flyve- og Dykkermedicinsk Selskab
Dansk Forening for Onkoradiologi
Dansk Gastrenterologisk Selskab
Dansk Gerontologisk Selskab
Dansk Glaukom Forening
Dansk Hovedpine Selskab
Dansk Hypertensionsselskab
Dansk Hæmatologisk Selskab
Dansk idrætsmedicinsk Selskab
Dansk Karkirurgisk Selskab
Dansk Katastrofemedicinsk Selskab
Dansk Kirurgisk Selskab
Dansk Knoglemedicinsk Selskab
Dansk Laryngologisk Selskab
Dansk Lungemedicinsk Selskab
Dansk Medicinsk-historisk Selskab
Dansk Medicoteknisk Selskab
Dansk Nefrologisk Selskab
Dansk Neurokirurgisk Selskab
Dansk Neurologisk Selskab
Dansk Neuropædiatrisk Selskab
Dansk Oftalmologisk Selskab

Dansk Ortopædisk Selskab
Dansk Patologiselskab
Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS)
Dansk Pædiatrisk Selskab
Dansk Radiologisk Selskab
Dansk Reumatologisk Selskab
Dansk Rygkirurgisk Selskab
Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS)
Dansk Selskab for Adipositasforskning
Dansk Selskab for Akutmedicin (Emergency Medicine)
Dansk Selskab for Allergologi
Dansk Selskab for Almen Medicin
Dansk Selskab for Ambulant Kirurgi
Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM)
Dansk Selskab for Apopleksi
Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin (DASAM)
Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi
Dansk Selskab for Dag-Kirurgi
Dansk Selskab for Flowcytometri
Dansk Selskab for Folkesundhed
Dansk Selskab for Geriatri
Dansk Selskab for Good Clinical Practice
Dansk Selskab for Hepatologi
Dansk Selskab for Hofte- og Knæalloplastik Kirurgi
Dansk Selskab for Hoved- og Halsonkologi (DSHHO)
Dansk Selskab for Håndkirurgi
Dansk Selskab for Infektionsmedicin
Dansk Selskab for Intensiv Terapi (DSIT)
Dansk Selskab for Intern Medicin
Dansk Selskab for Klinisk Biokemi
Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi
Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
Dansk Selskab for Klinisk Immunologi
Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi
Dansk Selskab for Klinisk Neurofysiologi (DSKN)
Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO)
Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin
Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet
Dansk Selskab for Maritim Medicin
Dansk Selskab for Medicinsk Filosofi, Erik og Metode
Dansk Selskab for Medicinsk Genetik
Dansk Selskab for Medicinsk Informatik
Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi (DMO)
Dansk Selskab for Medicinsk Prioritering
Dansk Selskab for Medicinsk Uddannelse
Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin
Dansk Selskab for NeuroRehabilitering
Dansk Selskab for Neurovidenskab
Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
Dansk Selskab for Otolaryngologi, Hoved og Halskirurgi
Dansk Selskab for Palliativ Medicin
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi

Dansk Selskab for Psykiatrisk Epidemiologi
Dansk Selskab for Rejsemedicin
Dansk Selskab for Retsmedicin
Dansk Selskab for Sårheling
Dansk Selskab for Søvnmedicin
Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase
Dansk Selskab for Tropemedicin og International Sundhed
Dansk Selskab for Ulykkes- og Skadeforebyggelse
Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG)

G Faglige organisationer
Dansk Sygepleje Råd, Kreds Hovestaden
Lægeforeningen Hovedstaden
Praksisudvalget, Region Hovedstaden
Dansk Psykologforening
Danske Fysioterapeuter
Dansk Kiropraktor-forening
Dansk Laborantforening
Ergoterapeutforeningen
Danske Bioanalytikere
Foreningen af Radiografer i Danmark
Dansk Socialrådgiverforening
Foreningen af Offentligt Ansatte
Dansk Tandlægeforening
Dansk Tandplejeforening
Foreningen af specialtandlæger i tand-mund-kæbekirurgi
Dansk Farmaceutforening
Danmarks Apotekerforening
Den Almindelige Danske Jordemoderforening
Farmakonomforeningen
Foreningen af Kliniske Diætister
DJØF
HK
Kost- og ernæringsforbundet
Magisterforeningen

H Patientforeninger
Adipositasforeningen
Dansk Blindesamfund
Danske Patienter
Danske Handicaporganisationer
Diabetesforeningen
Hjernesagen

I Andre sammenslutninger
Hospice Forum Danmark
Ældresagen
Regionsældrerådet Region Hovedstaden
Patientinddragelsesudvalget, Region Hovedstaden

J Interne parter

Alle regionens sundhedsfaglige råd og komiteer
Alle Virksomheds-MED
Region H-MED (til orientering)

Hvis der er foreninger og organisationer, som ikke er anført på denne oversigt, men som ønske at afgive høringssvar, så vil deres høringssvar blive behandlet på lige fod med øvrige høringssvar.

Center for Sundhed

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 3866 6000
Direkte 38 66 60 80
Web www.regionh.dk

Træffetid:
man-tor kl 8-16, fre kl. 8-14

Dato: 14. januar 2015

Til forretningsudvalget

Høringssvar vedrørende emner og temaer, der skal være fokus på i høringsperioden for revisionen af HOPP 2020

Kræftudvalget og Sundhedsudvalget har på et fællesmøde tirsdag den 13. januar 2015 drøftet temaer for høringsperioden. Udvalgene peger på følgende temaer:

- Hvordan sikre man tryghed for medarbejderne, når afdelinger skal flyttes mellem matrikler?
- Hvilken viden (og erfaringer) findes der om fordele og udfordringer i forbindelse med etableringen af udefunktioner?
- Hvilken effekt vil revisionen have på kvaliteten af de berørte behandlinger og patientforløb?
- Hvilken betydning vil revisionen af HOPP 2020 have på overgange i de berørte patientforløb (overgange mellem afdelinger, matrikler og hospitaler) og hvordan sikre vi bedst sammenhængende forløb for patienten?
- Hvilke udfordringer og potentialer giver forslaget i forhold til at samle viden, fx mht. dannelse af videncentre eller forskningsmuligheder, men også bibeholde nuværende videncentre?
- Hvilke trafikale udfordringer kan der være for de ambulante patienter ved forslaget? Herunder også mht. siddende patienttransport og parkering.

Herudover drøftede udvalgene de udfordringer, der eksisterer i forhold til Frederiksberg-matriklen, som i følge HOPP 2020 skal lukkes, når byggeriet af det nye Bispebjerg Hospital er klar til ibrugtagning.

Med venlig hilsen
På vegne af Kræftudvalget og Sundhedsudvalget

Mette Abildgaard og Karin Friis Bach

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 3866 6015
Mail csu@regionh.dk

Journal nr.: 13006837
Ref.: Lise Bonnevie

Dato: 3.december 2014

NOTAT

Notat om tiltag der giver unge patienter mulighed for at opretholde fællesskaber med andre unge

Hermed Region Hovedstadens svarbidrag i forhold til *Anmodning om regioners bidrag vedr. tiltag for unge med formål at opretholde fællesskaber og erfaringsudveksling under indlæggelse.*

Sundhedsministeren er i et folketingsspørgsmål blevet bedt om at kommentere på en henvendelse til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg fra sammenslutningen Unge Patienter. I henvendelsen opfordrer Unge Patienter bl.a. til, at der generelt sættes fokus på unges vilkår i det danske sundhedsvæsen, herunder med henblik på at opretholde kontakten til omgangskreds, uddannelse og job undervejs i behandlingsforløbet.

Region Hovedstadens indsats på området
Region Hovedstaden vedtog i 2013 en Børne- og ungepolitik, som den første region i landet.

Børne- og Ungepolitikken fokuserer på sundhedsvæsenet, herunder på vilkår for børn og unge med somatisk eller psykisk sygdom eller børn og unge, der er pårørende til alvorligt syge. Politikken formulerer en række temaer i forhold til børns og unges og deres familiers vilkår, når de kommer i kontakt med sundhedsvæsenet, og peger på områder, som er af væsentlig betydning for et velfungerende, sikkert og tilfredsstillende behandlingsforløb. Børne- og Ungepolitikken tegner den overordnede ramme og retning for udviklingen af Region Hovedstadens sundhedsvæsen på dette område.

Politikken indeholder 7 temaer:

1. Behandlingen af børn og unge skal sket på et højt fagligt niveau
2. Hospitaler og de psykiatriske centre skal være familievenlige
3. Der skal være tilbud til unge og overgangen fra børneafdeling til voksenafdeling skal ske på en tryg og velplanlagt måde

4. Der skal være aktiv inddragelse af forældre og tilbud om støtte
5. Der skal være et velfungerende tværsektorielt samarbejde
6. Der skal være særlig støtte til sårbare familier
7. Der skal være fokus på børn og unge, der er pårørende til alvorligt syge

For at understøtte implementeringen af Børne- og Ungepolitikken er der afsat 5 mio. kr. i 2013 og 2014 og herefter 4 mio. kr. årligt.

Tiltag i relation til unges ophold på hospitalet
På Rigshospitalet driver Ungdommens Røde Kors en ungecafe – Hr. Berg. Her er ansat to ungepædagoger, men der kommer også frivillige unge i cafeen som er åben mandag til torsdag kl. 18.30 til 21.00. Ungdommens Røde Kors er i kontakt med flere af regionens andre børne- og ungeafdelinger med henblik på at etablere lignende tilbud.

Hvidovre Hospital har "Mødestedet for unge patienter og pårørende", i deres frivillige cafe Mødestedet. Mødestedet er åbent for de unge mandag til torsdag i tidsrummet fra kl. 16 til 20. Her kan man mødes med unge frivillige og også sætte sig sammen med sine gæster eller bare se en film. Mødesteder afholder også tema-møder for de unge, fx om at være ung og have stomi.

På Nordsjællands Hospital og Rigshospitalet er der vel-etablerede unge-paneler. Panelerne understøtter netværksdannelse mellem de unge. Samtidig hjælper de afdelingerne til at inddrage de unges synspunkter og ønsker i arbejdstilrettelæggelsen. På Nordsjællands Hospital deltager ca. 20 unge (fortrinsvis unge med forskellige kroniske sygdomme) i panelet, der mødes fire gange årligt.

Hvidovre og Herlev Hospitalers børne- og ungeafdelinger og i Region Hovedstadens Psykiatri etableres der nu unge-paneler efter forbillede fra Nordsjællands Hospital. Dermed er der nu unge-paneler i tilknytning til alle regionens børneafdelinger.

På Rigshospitalet, i regi af Ungdomsmedicinsk Videncenter, uddannes ungeambassadører. En ungeambassadør er en sygeplejerske med særlige kvalifikationer, viden og interesse i at arbejde med sygepleje og rehabilitering til unge patienter. Ungeambassadører er de unges advokater og afdelingernes ressource på området. Og de rustes samtidig til at udvikle indsatsen gennem projekter og forskning i afdelingen.

Rigshospitalet og Herlev Hospital har fået støtte fra Kræftens Bekæmpelse i 2014 til etablering af unge-faciliteter på hospitalerne. Rigshospitalet har på flere sengeafsnit indrettet særligt ungevenlige opholdsrum.

Ungdomsmedicinsk Videncenter har oprettet en hjemmeside med forslag til links til unge, blandt andet til patientforeninger for unge, rådgivning til unge og til sider om unges helbred og udvikling.

Andre tiltag vedrørende unge patienter
Region Hovedstadens Ungdomsmedicinsk Videncenter afholder et kursus om "Professionel kommunikation med den unge patient".

Der er i 2014 bevilliget midler til oprettelsen af et ungeambulatorium på Herlev hospital. På Rigshospitalet afholdes særlige ungekonsultationer, da BørneUngeKlinikken arbejder målrettet med overgangen fra barn til voksen (transition) og selve overgangen fra BørneUngeKlinikken til voksenafdelingerne (transfer).

Det er en planlagt og struktureret proces, hvor målet er at øge den unge patients sygdomsforståelse og egenomsorg. Formålet med ungekonsultationerne er:

- At den unge opnår relevant viden og indsigt i sin sygdom
- At den unge gradvist føler ansvar for egen sygdom og behandling
- At den unge har mulighed for at tale om emner efter eget ønske og behov
- At unge føler sig velforberedt på at overgå til voksenregi

Der er givet midler til et projekt omkring overgangen fra barn til voksen for unge med diabetes på Nordsjællands Hospital. I den forbindelse er der også givet støtte til udvikling af en app til unge (med midler fra telemedicin området).

I udkastet til Sundhedsaftalen 2015-2018 indgår tidlig opsporing af børn og unge som pårørende til alvorligt syge (både psykiatri og somatik). Der er også fokus på tidlig opsporing af unge med psykisk sygdom, blandt andet gennem samarbejde med jobcentrene. Ligeledes ønsker man at aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud. Børn med astma er også nævnt som et indsatsområde.

Børn og unge som pårørende
I forbindelse med tilblivelsen af Børne- og ungepolitikken i 2013 blev der bevilliget midler til et projekt omkring børn som pårørende, hvor hospitalsafdelingerne kan få hjælp fra en konsulent, når de oplever børn som pårørende. Samt et projekt på Herlev hospital målrettet børn og unge som pårørende til patienter med akutte traumer.

Der er også bevilliget midler til kommunikationsinitiativer rettet mod børn og unge (som blandt andet er blevet til seks film).

Der er også udviklet en række materialer i regi af flere af regionens projekter. Det drejer sig om:

a) En manual til sundhedspersonalet om identificering og støtte af pårørende børn, samt en version i pixi-udgave
b) En handleplan til sundhedspersonalet om tidlig psykosocial støtte til krise- og traumeramte børn og unge
c) Tre booklets (til hhv. forældre, store børn og mindre børn) om håndtering af kriser og traumer
d) En animeret film til sundhedspersonalet om, hvorfor det er vigtigt at give tidlig psykisk støtte til børn og unge, der oplever alvorlige hændelser.
e) En hjemmeside målrettet pårørende børn og unge med videoer, information og scrapbogsfunktion. Denne kommer i drift pr. 1. januar 2015
f) En hjemmeside om hospitalets/sundhedspersonalets indsats overfor børn og unge, som oplever kriser/alvorlige hændelser. Her er der forskellig info til sundhedspersonalet. Den findes på www.børnogkriserpåhospitalet.dk

Den 9. september 2014 blev der på Hvidovre Hospital afholdt en konference om børn og unge som pårørende.

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Hospitalsplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Mail csu@regionh.dk

NOTAT

Til: **Danske Regioner**

Journal nr.: 14012453
Ref.: Thomas Pihl

Dato: 8. december 2014

Svarbidrag vedrørende folketingspørgsmål nr. 195-199

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har anmodet Danske Regioner om bidrag til besvarelse af spørgsmål nr. 195-199 fra Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, der er stillet efter ønske fra Martin Geertsen (V). Regionerne er den 21. november 2014 anmodet om bidrag til besvarelsen..

Ad spm. 195:
Vil ministeren redegøre for, hvor mange patienter med hepatitis C med moderate eller svære leverskader, som står på venteliste til behandling i det danske sundhedsvæsen? Jf. artiklen "På tærsklen til en ny epoke i behandling af kronisk hepatitis C-virusinfektion" i Ugeskrift for Læger 2014;176:V02140108.

Danske Regioner foreslår følgende svar:
"De behandlende sygehusafdelinger i alle regioner har i juni 2014 oplyst til RADS fagudvalgssekretariat, at der ikke findes egentlige ventelister for hepatitispatienter med de nye lægemidler sofosbuvir (Sovaldi) og simepravir (Olysio), som er de nye lægemidler der tilbydes patienter med svære leverskader (F3 og F4), der er omfattet af RADS behandlingsvejledning. Afdelingerne vil generelt sætte patienter i behandling efter behov, således at dem med størst behov behandles først."

Regionen foreslår præciseret, at der for den enkelte patient, som skal have den nye antivirale behandling, kan være ventetid i forbindelse med undersøgelser forud for iværksættelse af behandlingen.

Regionen kan endvidere oplyse, at med de nuværende behandlingskriterier skønner regionens hospitaler, at ca. 380-405 patienter i 2014 og 2015 har indikation for ny antiviral behandling, hvoraf en del allerede har påbegyndt denne behandling.

Spm. 196:
Vil ministeren redegøre for, hvor mange patienter med hepatitis C, der er i kontakt med sundhedsvæsenet, og som ifølge de kliniske retningslinjer bør behandles med nye typer af behandlinger (anti-virale terapier)?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål nr. 199.

Spm. 197:
Vil ministeren redegøre for, hvor mange midler, der i det samlede sundhedsvæsen er afsat til at behandle hepatitis C patienter med moderate til svære leverskader i 2015 og forventeligt i 2016?

Der er i Region Hovedstadens budget 2015 afsat en central pulje til kompensation for medicinvækst på hospitalerne. Der er i forbindelse med budgetlægningen taget højde for, at der kan ventes vækst inden for en række områder, herunder behandling af hepatitis C.

Regionens udgifter til den nye antivirale behandling af hepatitis C vil afhænge af, hvilken type hepatitispatienter der konkret er tale om.

Med udgangspunkt i, at ca. 400 patienter har indikation for ny antiviral behandling kan i 2015 forventes et udgiftsniveau op imod 200-250 mio. kr. Det realiserede udgiftsniveau i det enkelte år afhænger af kapaciteten på de behandlende afdelinger til igangsættelse af den nye behandling.

Spm. 198:
Vil ministeren redegøre for, hvor mange hepatitis C patienter regionerne forventer at behandle i forhold til de afsatte midler?

Regionen skal henvise til svar på spørgsmål 195 og 197.

Spm. 199:
Vil ministeren redegøre for, om det forventes, at alle hepatitis C patienter med moderate eller svære leverskader bliver tilbudt behandling i 2015 og 2016?

Regionen er enig med Danske Regioner i at svare følgende:

"Danske Regioner kan oplyse, at RADS fagudvalg for hepatitis har fastslået, at forekomsten af hepatitis c er ukendt i Danmark. Fagudvalget skønner, at der findes ca. 25.000 personer med kronisk Hepatitis C i Danmark, samt at der diagnosticeres ca. nye 200 patienter om året, som opfylder RADS kriterier for behandling.

RADS anbefaler behandling ved

- Positiv HCV-RNA og
- leverbiopsi eller fibroseskanning indikerende betydende fibrose (METAVIR >F2 eller fibroscan >12 kPa)(http://www.patobank.dk/Snomed/Hepatitisklassifikation.pdf) eller
- komplikationer og komorbiditet der indicerer start af behandling

Danske Regioner forventer, at regionerne vil følge RADS behandlingsvejledning og sætte de anbefalede patienter i behandling. Det skal samtidig oplyses, at RADS fagudvalg for hepatitis vil foretage en revurdering af vejledningen. Resultatet heraf kendes ikke på nuværende tidspunkt, men Danske Regioner forventer, at regionerne vil følge vejledingen, når den forelægger."

Arbejdsplan for Sundhedsudvalget 2015

Tirsdag den 17. februar 2015 fra 13.00 til 15.00

Egenbetaling	Opfølgningssag
Idrætsklinikker	Godkendelsessag.
Blood management	Opfølgningssag
Patientsikkerhed i almen praksis	Orienteringssag.
Møde med brugerorganisationer	Der afsættes en time.
Afskaffelse af besøgstider	Budgetopfølgning
Kvalitetsdatabasen for geriatri	Orienteringssag m ed oplæg
Patientoplevet kvalitet - akut	Orientering om LUP Akut

Tirsdag den 17. marts 2015 fra 13.00 til 15.00

Kvalitet i medicinanvendelsen	Opfølgningssag. Status for initiativer for rationel medicinanvendelse på hospitalerne.
Fødeområdet: serviceeftersyn af fødeplanen	Budgetopfølgning. Samlet drøftelse af fødeområdet. Evt. anbefaling vedr. statslige midler til området
Ny styringsmodel for hospitalerne	Temadrøftelse. Budgetopfølgning.
De tværregionale kvalitetsindsatser	Opfølgningssag i relation til afrapporteringen til DR.
Kvalitetsdatabase afrapportering	Muligvis databasen vedrørende demens
Budget 2016	

Tirsdag den 28. april 2015 fra **12.00 til 15.00**

Driftsmålstyring og Kongeindikator	Infektioner, udredningsretten, genindlæggelser mm.
Hjertepakkemonitorering	Opfølgning. Evt. inkl. resultaterne af klinisk database for thorax kirurgi
Overbelægning	Opfølgningssag. Ikke en del af driftsmålstyringen
Tildeling af kvalitetspris	Orienteringssag. Fortrolig.
Budget 2016	

Tirsdag den 26. maj 2015 fra 13.00 til 15.00

Ny styringsmodel for hospitalerne	Godkendelsessag. Budgetopfølgning
Synlighed om ventetider	Budgetopfølgning
Åbne ambulatorier	Budgetopfølgning. Anbefale udmøntning
Patientoplevet kvalitet	Opfølgning på LUP
Kvalitetsdatabase afrapportering	
Budget 2016	

Mandag den 22. juni 2015 fra 13.00 til 15.00

Møde med brugerorganisationer	Der afsættes mindst en time.
Idekatalog for involvering af pårørende	Budgetopfølgning
Kvalitetsdatabase afrapportering	

Tirsdag den 1. september 2015 fra 13.00 til 15.00

Driftsmålstyring	Infektioner, udredningsretten, genindlæggelser mm.
Mad til patienter	Skal koordineres med KRÆFT.
Ekstern analyse af forskning	Budgetopfølgning
Kvalitetsdatabase afrapportering	

Tirsdag den 29. september 2015 fra 13.00 til 15.00

Evaluering af patientvejlederordning	Budgetopfølgning. Skal i FU og RR inden udgangen af året.
Status på samabrejde med private klinikker/hospitaler	Budgetopfølgningen. I FU inden udgangen af 2015.
Kvalitetsdatabase afrapportering	

Tirsdag den 28. oktober 2015 fra 13.00 til 15.00

Driftsmålstyring	Infektioner, udredningsretten, genindlæggelser mm.
Kvalitetsdatabase afrapportering	

Tirsdag den 24. november 2015 fra 13.00 til 15.00

Kvalitetsdatabase afrapportering	
Evt. møde med brugerorganisationer	