SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

24-06-2014 13:00

MØDESTED

Regionsgården H4

MEDLEMMER

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

INDHOLDSLISTE

1. Opfølgningssag: Patientsikkert Sygehus
2. Beslutningssag: Udmøntning af børne- og ungepuljen
3. Høringssvar - Årlig revision af specialefordelingen i Hospitals- og Psykiatriplan 2020 i 2014
4. Beslutningssag: Egenbetaling på hospitalerne
5. Opfølgningssag: Udredningsretten
6. Beslutningssag: Mødeplan for udvalgene i 2015
7. Eventuelt

1. OPFØLGNINGSSAG: PATIENTSIKKERT SYGEHUS

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Fem danske sygehuse har siden 2010 sat særligt fokus på at optimere patientsikkerheden, som deltagere i projekt Patientsikkert Sygehus, der blev afsluttet i 2013. Fra Region Hovedstaden deltog Nordsjællands Hospital. Nu foreligger evalueringen af projektet. Udvalget orienteres om projektet og evalueringen.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING
Sundhedsudvalgets beslutning:
Godkendt.

Sundhedsudvalget ser gerne at de positive erfaringer fra Patientsikkert Sygehus anvendes bredt i regionen. Udvalget beder på denne baggrund administrationen udarbejder et forslag til dette på baggrund 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.

Leila Lindén (A) og Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Patientsikkert Sygehus (PSS) er et projekt forankret i og supporteret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed som i samarbejde med TRYG-fonden, Danske Regioner og IHI (Institute for Healthcare Improvement (Cambridge, USA)) arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling med fokus på konkrete og målbare indikatorer – proces og resultatindikatorer.

Projektet har siden 2010 været iværksat på fem sygehuse i Danmark, hvor det deltagende hospital i Region Hovedstaden var Nordsjællands Hospital (Hillerød).

Intentionen i PSS er at skabe kapacitet og kompetencer inden for forbedring af kvalitet gennem:

- Datadrevet ledelse
- Fokus på forbedringer inden for en række kliniske områder ”pakker”, som giver mening for det kliniske personale,
- Oplæring i og brug af metoden ”Forbedringsmodellen” som implementeringsredskab i den enkelte afdeling,
- Brug af collaboratives til at fremme videndeling om forbedringer.

Resultat og procesmål

Projektet har haft 2 overordnede mål (indgår i evaluering af PSS):

- Reduktion af HSMR med mindst 15 % (HSMR er Hospitals Standardiserede Mortalitets Rater og måler antallet af dødsfald på et hospital, som procent af det forventede antal dødsfald),
- Reduktion af antal patientskader pr. 1.000 sengedage med mindst 30 %.

For den enkelte kliniske pakke er der opstillet dels procesindikatorer dels resultatindikatorer.
Eksempel: I tryksårspakken registreres på:

Procesindikatoren:

- % del af patienter som screenes for tryksår ved indlæggelse,
- % del af patienter med risiko for tryksår, som revurderes for tryksår.

Resultatindikator:

- % patienter med hospitalserhvervede tryksår,
- Dage mellem hospitalserhververede tryksår.

Kliniske pakker
Der er i alt 12 kliniske pakker samt Ledelsespakken, som bestyres af 5 spor. Pakkerne er valgt internationalt ud fra en vurdering af, at de kan reducere dødelighed og skade.

Hver pakke har en række elementer, der hver især er udtryk for best practice i forhold til et afgrænset område. Hver pakke er beskrevet i en vejledning, der kortfattet og konkret giver baggrund inkl. evidens (videnskabelige litteratur) og litteraturhenvisninger, definitioner, elementer/håndgreb (lavpraktiske, operationelle) samt indikatorer.

Data vedrørende forbedringerne samles og publiceres lokalt (dataansvarlig, datatavler) og udgives desuden månedligt på hospitalsniveau. Der samles både procesmål og resultatmål.

Data- og månedsrapporter (spor) er sendt og kommenteret af den eksterne part, som ift. PSS har været Institute of Health Improvement.

Forbedringsmodellen

En vigtig del af PSS er forbedringsmodellen - en model til implementering af pakkerne. Forbedringsmodellen er et enkelt og meget anvendeligt værktøj til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser.

Modellen består af to dele:

1. Svar på tre grundlæggende spørgsmål:

- Hvad er det vi forsøger at opnå?
- Hvordan kan vi vide, om en forandring er en forbedring?
- Hvilke forandringer skal vi sætte i værk for at opnå forbedringen?

De første to spørgsmål hjælper til at fastsætte klare mål og beslutte, hvilke målinger der skal gennemføres for at belyse, om ændringer fører til forbedring.

2. Systematisk metode til småskala-test (Kvalitetscirklen/Plan, do, study, act).

Regionens strategiske målsætninger og driftsmålsstyring

Datadrevet ledelse og forbedringsmodellen

PSS sætter fokus på, hvordan man følger op på datadrevet ledelse med forbedringer i de kliniske afdelinger.
I den forbindelse kan der forventes efterspørgsel på kvalificering af såvel ledere som nøglemedarbejdere i at drive datadrevet ledelse og forbedringsarbejde.

Pakkerne

Alle regionens hospitaler arbejder allerede med hele eller delelementer af pakkerne, fx som følge af regionens infektionshandleplan. Ingen af hospitalerne arbejder med alle pakkerne.

I arbejdet med PSS er det vigtigt, at de kliniske pakker er forankret i forhold til indikatorerne i driftsmålstyringen og/eller de strategiske indsatsområder. Det bør overvejes om der kan være pakker, der ikke bør prioriteres eller skal håndteres i anden sammenhæng - og om andre temaer bør erstatte ikke-prioriterede pakker. Fx har Nordsjælland Hospital identificeret en problemstilling omhandlende obstipation (forstoppelse).

Projektet blev afsluttet i 2013, og der er gennemført en ekstern evaluering af hele projektet.

På mødet vil enhedschef Annemarie Hellebek introducere Patientsikkert Sygehus og evalueringen af projektet.

Link til projektets hjemmeside: www.patientsikkertsygehus.dk

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
-

DIREKTØRPÅTEGNING
Christian Worm/Monika Madsen

JOURNALNUMMER
14002151

BILAGSFORTEGNELSE
1. patientsikkert sygehus- baggrundsnotat (2)

2. BESLUTNINGSSAG: UDMØNTNING AF BØRNE- OG UNGEPULJEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
I Region Hovedstadens budget for 2014 hedder det: "At der afsættes en pulje på 5 mio. kr. i 2014 og 4 mio. kr. i de følgende år til en række konkrete projekter og indsatser, der udvikler og understøtter behandlingen af børn og unge. Indstilling om udmøntning af midlerne sker via et driftsudvalg." Regionsrådet har tidligere udmøntet i alt 3 mio. kr. fra puljen.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at Sundhedsudvalget anbefaler overfor forretningsudvalget og regionsrådet at der afsættes:

1. 1. mio. kr. årligt til drift af Ungdomsmedicinsk Videncenter på Rigshospitalet.
2. 495.000 kr. til etablering af unge-paneler på Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og i Børne- og ungdomspsykiatrien.
3. 280.000 kr. til etablering af unge-ambulatorium på Herlev Hospital.
4. 225.000 kr. til etablering af forældre-panel i Børne- og ungdomspsykiatrien.

POLITISK BEHANDLING
Sundhedsudvalget:
Godkendt.

Leila Linden (A) og Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Sundhedsudvalget har på deres møde den 24. april vedtaget, at den resterende del af puljen (2 mio.kr.) målrettes projekter og indsatser for unge inden for følgende områder af børne- og ungepolitikken:

- Behandlingen sker på et højt fagligt niveau
- Familievenlige hospitaler og psykiatri
- Overgangen fra barn til voksen

Udvalget har ligeledes drøftet konkrete tiltag, herunder:

1. Støtte til Ungdomsmedicinsk videncenter,
2. Etablering af unge-paneler i tilknytning til børneafdelingerne på Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og i Børne- og ungdomspsykiatrien
3. Etablering af ungeambulatorium på Herlev Hospital
4. Initiativer til familier til børn og unge med psykiske lidelser.

Ad 1. Ungdomsmedicinsk videncenter
Formålet med Ungdomsmedicinsk Videnscenter er, at skabe bedre forhold for unge patienter i hospitalsvæsenet og gøre de unge til aktive medspillere i deres behandling. Centeret blev etableret i 2008 med støtte fra bla. Egmontfonden og Rigshospitalet. Centeret drives frem til udgangen af 2014 med midler fra Rigshospitalet. Der er behov for varigt driftsbudget på 1,7 mio. kr. til at videreføre centret. Centeret består af et tværfagligt team, der udvikler tværfaglige ungdomsmedicinske arbejdsmetoder, tilbyder rådgivning, tværfaglige ungdomsmedicinske konferencer og undervisning til personalet.

Ungdomsmedicinsk center arbejder med indlagte og ambulante unge, enten ved at de unge selv henvender sig i den tilhørende café, eller fordi de henvises af personalet.
Rådgivning og undervisning sker blandt andet gennem uddannelse af ungeambassadører. Hidtil har indsats været fokuseret mod Rigshospitalets eget personale, men vil fremadrettet tilbydes til alle regionens hospitaler.

Det indstilles at 1 mio. kr. årligt til centrets drift bevilliges fra Børne- og unge puljen, mens det resterende beløb (0,7 mio. kr.) søges dækket ved budgetforhandlingerne.

Ad 2. Etablering af unge-paneler
Det indstilles, at der etableres unge-paneler på Hvidovre Hospital, Herlev Hospital og i Børne- og ungdomspsykiatrien efter samme model som på Nordsjællands Hospital (se bilag). Samt at der bevilliges i alt 495.000 kr. til dækning af etableringsomkostningerne.

Ad. 3. Etablering af ungeambulatorie på Herlev Hospital
Formålet er, at etablere et ungdomsambulatorium på tværs af diagnoser i børneafdelingen til varetagelse af de kronisk syge unges forløb og behandling. Med dette tiltag ønskes det at skabe et ambulatorium med fysiske rammer, muligheder og fokus på de særlige udfordringer som hører denne aldersgruppe til (se bilag).

Der er tale om en omlægningen af driften, så de unges behov og situation i højere grad bliver styrende for deres forløb på hospitalet. Det indstilles, at der bevilliges 280.000 kr. fra Børne- og ungepuljen til etableringsomkostningerne. Den videre drift står hospitalet for.

Ad 4: Initiativer til familier til børn og unge med psykiske lidelser
Udvalget har drøftet et projekt med en træningslejlighed til familier til unge med spiseforstyrrelser. Det efterfølgende arbejde med at beskrive dette projekt har afdækket at behovet for en træningslejlighed blandt forældregruppen ikke er så stort som først antaget, og vil kunne dækkes gennem fx en udgående funktion.

Til gengæld er der efterspørgsel efter et forældre-panel, der også kan fungere som en mentor-ordning for andre forældre. Der er allerede etableret kontakt til en gruppe engagerede forældre, der ønsker at indgå i en sådan ordning.

Etableringen af forældre-panelet indebærer en kort uddannelse af forældrene i forhold til rollen som mentor, administrative ressourcer til rekruttering og mødeplanlægning, personalets deltagelse i møder, og mødeforplejning samt evaluering og evt. formidling af resultaterne. Det indstilles, at der afsættes 225.000 kr. til etablering af et forældre-panel i Børne- og ungdomspsykiatrien. Ved en positiv evaluering, vil panelet blive implementeret som en del af driften.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer, at det indstilles til Regionsrådet, at der udmøntes 2 mio. kr. fra Børne- og ungepuljen i 2014 og 1 mio. kr. de følgende år.

KOMMUNIKATION
Der udarbejdes en pressemeddelelse i forbindelse med udmøntningen af midlerne.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen behandles på møder i forretningsudvalget 11. august og regionsrådet 18.august 2014

DIREKTØRPÅTEGNING
Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER
14000860

3. HØRINGSSVAR - ÅRLIG REVISION AF SPECIALEFORDELINGEN I HOSPITALS- OG PSYKIATRIPLAN 2020 I 2014

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
I forbindelse med vedtagelsen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020) blev det besluttet, at regionsrådet én gang årligt skal vurdere, om forudsætningerne for specialefordelingen i HOPP 2020, herunder for funktionernes optageområder, har ændret sig, så tilpasninger bliver fagligt eller økonomisk nødvendige.

Regionsrådet har til mødet den 8. april 2014 besluttet at sende ændringsforslagene i høring. Regionsrådet besluttede endvidere, at ændringsforslagene samt høringssvarene forelægges Sundhedsudvalget, som anmodes om en udtalelse.

INDSTILLING
Administrationen indstiller,

1. at Sundhedsudvalget drøfter forslag til udtalelse om de beskrevne ændringsforslag til HOPP 2020 og de indkomne høringssvar,
2. at Sundhedsudvalget bemyndiger formanden til at godkende den endelige udtalelse.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:
Udvalget drøftede forslaget til udtalelse og havde følgende bemærkninger:

- Afsnit tre skal skrives mere tydeligt
- Det skal udfoldes, hvad der menes med at "ændringer i opgavevaretagelsen mellem regionens hospitaler, eksempelvis optageområdet flytninger, altid vil medføre, at der også flyttes tilsvarende økonomi mellem regionens hospitaler", som er beskrevet i resumeet, og dette skal indgå i udtalelsen.
- I forhold til at ændringerne på fødeområdet får betydning for tilknytningen til planområder, så skal der tages højde for de uhensigtsmæssigheder som dette kan medføre, fx gennem fokus på samarbejdet mellem sundhedsplejersker og jordmødrene.
- Det skal understreges at udvalget forudsætter at ændringerne ikke har nogen betydning for uddannelseskapaciteten for lægerne.

Udvalget bemyndiger formanden til at godkende den endelige udtalelse.

Leila Lindén (A) og Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Alle hospitaler og Sundhedsfaglige Råd blev i efteråret 2013 anmodet om at komme med forslag til den årlige revision af hospitalsplanen (HOPP 2020). Alle ændringsforslag, der stilles til specialefordelingen af HOPP 2020, skal begrundes med et eller flere af følgende kriterier:

- Kvalitet: Understøttelse af høj kvalitet i patientbehandling og udvikling af specialerne.
- Ændringer i den faglige udvikling: Den faglige udvikling kan eksempelvis være udvikling af nye behandlinger, eller at eksisterende behandlinger bliver forenklede, så de kan varetages på flere hospitaler eller flyttes til primærsektoren.
- Nye krav fra Sundhedsstyrelsen eller øvrige centrale myndigheder: Fx ændringer i antallet af regions- og højtspecialiserede funktioner eller ændringer i de faglige specialebeskrivelser.
- Ændringer i antallet af patienter: Kan eksempelvis tilskrives ændringer i befolkningsprognosen, den demografiske udvikling, sygdomsfrekvens (antal ydelser) eller samarbejdet med andre regioner om opgavevaretagelsen fx, at Region Sjælland hjemtager patienter.
- Driftsoptimering: Der skal sikres et økonomisk bæredygtigt og fremtidssikret hospitalsvæsen.

Udgangspunktet er, at alle forslag til ændringer, der behandles i forbindelse med processen i 2014, skal

kunne implementeres i 2014. Ændringsforslag, der forudsætter, at fx kvalitetsfondsprojekterne er færdigbyggede, behandles således ikke i forbindelse med processen i 2014.

Regiosnrådet besluttede til mødet den 8. april 2014 at sende følgende forslag i høring:

1. Flytning af øjenoperationer fra Nordsjællands Hospital (Hillerød) til Glostrup Hospital
2. Ændring af optageområdet for obstetrik, således at:
   - Lyngby-Taarbæk og Egedal kommuner flyttes fra Herlev Hospital til Nordsjællands Hospital
   - Høje Taastrup, Albertslund og Glostrup Kommuner flyttes fra Herlev Hospital til Hvidovre Hospital
   - Vanløse og Bispebjerg bydele flyttes fra Hvidovre Hospital til Herlev Hospital
   - Frederiksberg Kommune flyttes fra Rigshospitalet til Herlev Hospital.

   Rokaden omfatter udelukkende obstetrik, idet det primært er inden for dette område, at regionens kapacitet er skævt fordelt. Der lægges dog vægt på, at der skal være en sammenhæng imellem obstetrik og pædiatri (neonatologi), således at børn i forbindelse med fødselsforløbet behandles på fødestedets neonatalafdeling. Samtidigt vil patienterne indenfor hospitalernes kapacitetsmæssige ramme altid have mulighed for frit valg.

3. Apopleksirehabiliteringen samles på de neurologiske afdelinger
4. Flytning af urologisk udefunktion fra Hvidovre Hospital til Bispebjerg Hospital

Sagen forelagt Regionsrådet er vedlagt som bilag.

Høringssvar
Forslagene til ændringer har været sendt i høring i perioden 9. april til 11. juni 2014.

Der er indkommet i alt 40 høringssvar, som er fra følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen
- 10 kommuner: Ballerup, Dragør, Fredensborg, Frederiksberg, Gladsaxe, Glostrup, Høje-Taastrup, København, Lyngby-Taarbæk og Tårnby Kommune
- 1 fra Seniorrådet i Ballerup Kommune
- 4 faglige organisationer: Dansk Sygeplejeråd, Ergoterapeutforeningen, Lægeforeningen Hovedstaden og Jordemoderforeningen
- 6 hospitaler: Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Gentofte Hospital, Glostrup Hospital, Herlev Hospital, Nordsjællands Hospital samt Hvidovre og Amager Hospitaler
- 3 fra MED-udvalg: MED-udvalget på Reumatologisk Afdeling H på Bispebjerg og Amager Hospitaler, V-MED på hospitalerne i planlægningsområde Nord samt LMU på Medicinsk Afdeling på Amager Hospital
- 1 fra Juliane Marie Centret på Rigshospitalet
- 1 fra Regionsældreråd Hovedstaden
- 12 sundhedsfaglige råd: Anæstesiologi, Hæmatologi, Kirurgi, Klinisk Biokemi, Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin, Klinisk Onkologi, Klinisk Radiologi, Lungesygdomme, Neurologi og Klinisk Neurofysiologi, Oftalmologi, Oto-Rhino-Laryngologi inkl. audiologi samt Urologi
- 1 fra en privat borger

Alle høringssvar er tilgængelige på regionens hjemmeside www.regionh.dk/hospitalsplan. Vedlagt som bilag er en opsummering af alle høringssvarene med administrationens bemærkninger.

Overordnet roser høringsparterne alle ændringsforslagene. Det bemærkes bl.a., at forslagene til ændringer understøtter, at der også fremadrettet kan leveres behandling af høj kvalitet, og der er bred støtte til at gennemføre alle ændringsforslagene. Flere høringsparter 'ingen bemærkninger' eller tilkendegiver blot, at de støtter ændringsforslagene.

Kort opsummeret er der følgende bemærkninger til ændringsforslagene:

Flytning af øjenoperationer fra Nordsjællands Hospital til Glostrup Hospital
Der er kommenteret direkte på forslaget af fire høringsparter. Overordnet støttes forslaget, om at funktionerne flyttes for at sikre kvaliteten, selvom det for nogle borgere i den nordlige del af regionen vil betyde længere afstand til behandling. Et høringssvar rejser opmærksomhed mod, at der skal sikres de nødvendige ressourcer til uddannelse og supevison af uddannelsessøgende læger.

Ændring af optageområdet for obstetrik
Der er kommenteret direkte på forslaget af 11 høringsparter. Overordnet støttes forslaget, om at der gennemføres en ændring i optageområderne for obstetrikken. Der rettes i hørngssvarene opmærksomhed mod (særligt fra de berørte kommuner), at følgende skal sikres/medtages i den videre planlægning og implementering af ændringerne:

- at det fastholdes, at alle fødende har frit valg,
- at nærhedsprincippet skal sikres ved at opretholde eksisterende jordemoderkonsultationer og etablering af yderligere jordemoderkonsultationer i de kommunner, hvor afstanden til det primære fødested øges,
- at det er uhensigtsmæssigt, at planlægningsområderne 'splittes' således, at kommunerne i planlægningsområde Midt får forskellige hospitaler (obstetriske afdelinger) som primære samarbejdspart,
- at der på sigt bør sikres sammenfald mellem optageområderne for gynækologi, obstetrik og pædiatri.

Apopleksirehabiliteringen samles på de neurologiske afdelinger
Der er kommenteret direkte på forslaget af 17 høringsparter. Overordnet støttes forslaget, om at apopleksirehabiliteringen samles på de neurologiske afdelinger, da samlingen vil understøtte høj kvalitet og sammenhængende patientforløb. Der rettes i høringssvarene opmærksomhed mod, at nogle borgere vil få længere afstand til behandling, men samtidig bemærker flere høringsparter også, at forslaget understøtter, at der er fokus på kvalitet, og at høj kvalitet i behandlingstilbudet går forud for nærhed.

Flytning af urologisk udefunktion fra Hvidovre Hospital til Bispebjerg Hospital
Der er kommenteret direkte på forslaget af fire høringsparter. Overordnet støttes forslaget, om at udefunktionen oprettes på Bispebjerg og Frederikberg Hospital fremfor Hvidovre Hospital, dog rettes der opmærksomed med, at borgere fra den sydlige del af regionen vil få længere til behandling.

Øvrige bemærkninger
Ud over at kommentere på de forslag der er sendt i høring, vælger enkelte høringsparter også at kommentere på forslag, der ikke er sendt i høring, samt komme med forslag til ændringer af hospitalsplanen fremadrettet. Alle bemærkninger og kommentarer, der ikke er relateret direkte til ændringerne, der er sendt i høring, er noteret og indgår i overvejelserne om den videre planlægning.

Udtalelse til Forretningsudvalget og Regionsrådet
På baggrund af høringssvarene er der udarbejdet et forslag til en udtalelse fra Sundhedsudvalget, som udvalget forelægges til drøftelse på mødet.

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

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt på nuværende tidspunkt.
Når regionsrådet beslutter om og i så fald, hvilke ændringer der vedtages i 2014 vil der blive udarbejdet et nyhed herom til regionens hjemmeside og intranet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
12. august 2014: Forretningsudvalgsmøde, hvor det besluttes hvilke ændringer ifm. den årlige revision af HOPP 2020, der forelægges Regionsrådet.

19. august 2014: Regionsrådet træffer beslutning om hvilke ændringer ifm. den årlige revision af HOPP

2020, der skal gennemføres.

DIREKTØRPÅTEGNING
Koncerndirektør Svend Hartling/ Centerdirektør Christian Worm

JOURNALNUMMER
13009038

BILAGSFORTEGNELSE

1. RR-møde 08 04 2014 - Sag nr 11
2. Sammenfatning af høringssvar til den årlige specialerevision af HOPP 2020 til SUND juni 2014

4. BESLUTNINGSSAG: EGENBETALING PÅ HOSPITALERNE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Regionsrådet besluttede på møde 4. februar 2014, at oversende et forslag fra regionsrådsmedlem Charlotte Fischer (B) om retningslinjer for egenbetaling på regionens hospitaler til behandling i Sundhedsudvalget.

INDSTILLING
Administrationen indstiller at Sundhedsudvalget godkender;

1. **at** der nedsættes en arbejdsgruppe der udarbejder et forslag til retningslinjer for opkrævning af brugerbetaling på regionens hospitaler,
2. **at** arbejdsgruppen nedsættes med deltagelse fra hospitalerne og Region Hovedstadens Psykiatri, og
3. **at** arbejdsgruppens forslag forelægges Sundhedsudvalget til stillingtagen i 4. kvartal 2014.

POLITISK BEHANDLING
Sundhedsudvalgets beslutning:
Godkendt med bemærkning om, at det ikke handler om at indføre mere egenbetaling, men derimod om at skabe ensartethed på tværs af regionen og at arbejdsgruppen bedes udarbejde en oversigt over nuværende praksis til brug for en politisk drøftelse af retningslinjer for egenbetaling på et udvalgsmøde senere på året.

Leila Lindén (A) og Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Regionsrådet behandlede på møde 4. februar 2014 et forslag fra regionsrådsmedlem Charlotte Fischer (B) om retningslinjer for egenbetaling på regionens hospitaler. Regionsrådet besluttede at oversende forslaget til behandling i Sundhedsudvalget.

Charlotte Fischer foreslår at der formuleres retningslinjer for opkrævningen af egenbetaling på regionens hospitaler, således at det bliver gennemskueligt hvornår, samt i hvilket omfang der opkræves egenbetaling. Udarbejdelsen af sådanne retningslinjer kunne tage afsæt i de retningslinjer, som Region Midtjylland har formuleret, og hvis udgangspunkt er ensartethed i hospitalernes opkrævning af egenbetaling.

Regionens udgangspunkt er sundhedslovens bestemmelser, hvorefter regionen er forpligtet til at yde vederlagsfri behandling på et hospital til personer, som har lægeligt behov for det. Egenbetaling kommer således kun på tale i forhold til pårørende, og i ganske enkelte tilfælde også vedrørende patienter, hvor det drejer sig om ydelser, der ikke leveres som led i behandlingen. Der kan her være tale om fx røntgenbilleder eller ultralydsbilleder til privat brug. Opkrævning af betaling hos pårørende kan dreje sig om betaling for kost og for overnatning på hospital eller patienthotel. Såfremt pårørendes overnatning på hospitalet har et behandlingsmæssigt sigte - som fx hvor forældre er indlagt sammen med deres børn - opkræves der som hovedregel ikke betaling. Såfremt afdelingen skønner det nødvendigt for patientens behandling, at en pårørende er i nærheden, opkræves der heller ikke betaling for den pårørendes ophold på patienthotel.

I de retningslinjer som Region Midtjylland har udarbejdet vedrørende egenbetaling, er der fastlagt en grundlæggende ensartethed for de ydelser, som hospitaler i Region Midtjylland kan opkræve egenbetaling for. Prisen på de pågældende ydelser kan dog variere på grund af forskelle i produktionsomkostninger eller direkte omkostninger fx i forbindelse med måltider eller overnatning. Priserne fastsættes, så de dækker de faktiske omkostninger på de forskellige hospitaler. Der kan også være bestemte ensartede ydelser, hvor prisen på de forskellige hospitaler er ens.

Administrationen indstiller, at der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse fra hospitalerne og Region

Hovedstadens Psykiatri, som på baggrund af ovenstående skal udarbejde et forslag til retningslinjer for opkrævning af brugerbetaling på regionens hospitaler.

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
Arbejdsgruppens forslag forventes forelagt for Sundhedsudvalget i 4. kvartal 2014.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER
14005760

5. OPFØLGNINGSSAG: UDREDNINGSRETTEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Der er i regi af Danske Regioner udarbejdet en kortlægning af udfordringer og indsatser for udredningsretten i somatikken. Udvalget orienteres på den baggrund om status for varetagelse af udredningsretten i Region Hovedstaden.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget tager orientering om status for varetagelsen af udredningsretten i somatikken til efterretning.

POLITISK BEHANDLING
Sundhedsudvalgets beslutning:
Godkendt med bemærkning om, at udvalget ønsker en uddybende beskrivelse af de berørte områder, samt en beskrivelse af, hvad man vil gøre ved udfordringerne. Udvalget vil sætte punktet på arbejdsplanen igen for efteråret, når monitoreringen foreligger.

Leila Lindén (A) og Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Retten til hurtig udredning i somatikken trådte i kraft 1. september 2013. Udredningsretten indebærer, at alle patienter, der er henvist til et hospital, skal have tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis det ikke er fagligt muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten have en plan for den videre udredning.

Der er i Region Hovedstaden gjort en stor indsats for at implementere udredningsretten. Der er tale om betydelig omlægning af arbejdsgange mv. på hospitalerne. Der er etableret udbudsaftaler med private samarbejdsklinikker, udarbejdet aftaler om flytning og viderevisitering af patienter mellem regionens hospitaler samt afholdt dialogmøder med regionens sundhedsfaglige råd om udarbejdelse af nye henvisningskriterier. På de enkelte hospitaler er der herudover bl.a. arbejdet med kapacitetsudvidelser, effektiviseringer og opgaveglidning.

Der er fortsat områder, hvor der er behov for at nedbringe ventetiden for at leve op til udredningsretten. Regionen har i foråret 2014 udsendt brev til mellem 10 og 20 pct. af patienterne med orientering om, at de af kapacitetsmæssige årsager ikke kan få indfriet deres udredningsret på det hospital, de oprindeligt er henvist til. Patienterne kan herefter tage kontakt til Enhed for Patientvejledning, som omvisiterer til andre hospitaler i det omfang, det er muligt. Det er dog ikke alle patienter, der ønsker at blive viderehenvist.

De områder, der er udfordringer på, er:

Gastroenterologi og kirurgi
Den primære årsag er mangel på speciallæger samt ventetider på CT-scanning. Det skal desuden bemærkes, at der er sket en stigning i antal henvisninger efter udredningsretten er indført.

Kardiologi (ikke livstruende iskæmiske hjertesygdomme)
Udredningen omfatter mange forskellige typer af undersøgelser, hvilket kan være vanskeligt at nå inden for 30 dage. Der er desuden en vis mangel på speciallæger.

Pædiatri
Der er nogle udfordringer inden for specialet herunder for højt specialiserede funktioner. Der vil blive foretaget en nærmere analyse af omfanget og muligheden for bedre udnyttelse af kapaciteten på tværs af regionens hospitaler.

Neurologi herunder demens

Henvisningerne inden for specialet opleves generelt ikke som fyldestgørende. I forhold til udredning for demens ses bl.a. udfordringer i forhold til mangel på speciallæger og MR-skanning, som kræver specielle tekniker. Hertil kommer, at demente er en særlig sårbar patientgruppe, som har svært ved at tage ansvar for eget forløb, hvorfor udnyttelse af frit valg er en udfordring.

Dermatologi
Som følge af lange ventetider i speciallægepraksis er der et stigende antal henvisninger til hospitalerne.

Allergologi
Det er ofte lægefaglige begrundelser, der er årsag til, at udredningen ikke kan færdiggøres inden for 30 dage, da der er tale om en højt specialiseret funktion. Hertil kommer mangel på speciallæger.

Endvidere giver pårørendeinddragelse udfordringer i forhold til at overholde udredningsretten inden for nogle specialer, idet der skal fastlægges tider, som også er afpasset med de pårørendes arbejde og øvrige gøremål.

Fremadrettet vil der bl.a. blive arbejdet med endnu højere udnyttelse af kapaciteten på tværs af regionens hospitaler samt brug af Danske Regioners udbudsaftaler. Samtidigt vil der blive set på praksissektorens rolle, herunder om patienterne er tilstrækkeligt udredt inden de viderehenvises fra almen praksis, og om relevante patienter henvises til udredning i speciallægepraksis fremfor i hospitalsvæsenet.

I april 2014 blev der igangsat en national monitorering af udredningsretten. De første opgørelser forventes at foreligge i september 2014.

Med aftalen om regionernes økonomi for 2015 er der fortsat fokus på implementering af udredningsretten. I tillæg til den nationale monitorering er det aftalt, at regionerne supplerer med opgørelser vedrørende patienter, der gennem deres frie valg af sygehus vælger en længere udredningsperiode.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der er ikke påtænkt særskilt kommunikation.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Når resultaterne af den nationale monitorering foreligger orienteres udvalget herom.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER
13000802

6. BESLUTNINGSSAG: MØDEPLAN FOR UDVALGENE I 2015

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Ifølge forretningsordenen for de stående udvalg i Region Hovedstaden, fastlægger udvalget sin selv mødeplan. På den baggrund har administrationen udarbejder et forslag til mødeplan.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget godkender udkast til mødeplan.

POLITISK BEHANDLING
Sundhedsudvalgets beslutning:
Godkendt.

Leila Lindén (A) og Flemming Pless (A) deltog ikke i punktets behandling.

SAGSFREMSTILLING
Det fremgår af styrelsesvedtægten for regionsrådet og forretningsordenen for de stående udvalg i Region Hovedstaden, at udvalget selv fastsætter sin mødeplan inden for de af regionsrådet fastlagte rammer – herunder mødeplanen for regionsrådet og forretningsudvalget. Det er dog hensigtsmæssigt, at udvalgets mødeplan yderligere også tager hensyn til de øvrige politiske udvalg.

Administrationen har derfor med baggrund i den mødeplan, som er vedtaget for regionsrådets og forretningsudvalgets møder i 2015, udarbejdet et forslag til mødeplan for 2015.
Forslaget til mødeplan for de stående udvalg sikrer at styrelsesloven overholdes, og tager derudover bl.a. højde for de medlemmer, der sidder i mere end ét udvalg samt så vidt muligt også udvalgsmedlemmers øvrige politiske hverv – dette kriterium har dog ikke kunnet opfyldes for alle mødedatoer. Mødeplanen er baseret på de samme principper, som har været anvendt i fastlæggelsen af mødeplanen for 2014, dog er der efter ønske fra udvalgsformændene afsat et kvarter mellem hvert møde.

Det foreslås, at Sundhedsudvalget holder udvalgsmøder på følgende dage:
Tirsdag den 13. januar 2015, kl. 13-15
Tirsdag den 17. februar 2015, kl. 13-15
Tirsdag den 17. marts 2015, kl.13-15
Tirsdag den 28. april 2015, kl. 13-15
Tirsdag den 26. maj 2015, kl. 13-15
Mandag den 22. juni 2015, kl. 13-15 - reserveret, kan anvendes, hvis der er behov herfor.
Tirsdag den 1. september 2015, kl.13-15
Tirsdag den 29. september 2015, kl.13-15
Onsdag den 28. oktober 2015, kl. 13-15
Tirsdag den 24. november 2015, kl. 13-15

Der er reserveret et mødetidspunkt sidst i juni 2015 for de udvalg, som måtte have behov for et yderligere møde. Bemærk derudover, at der er i mødeoversigten er fremsat forslag om, at der afholdes møde tirsdag i uge 8. Såfremt dette ikke ønskes, forslås den alternative mødedag at være onsdag den 25. februar 2015.

Udvalgets mødeplan vedtages af et flertal. Såfremt der efterfølgende er behov for at ændre i mødeplanen, kan den kun ændres ved enstemmighed.

Der vil derudover på et senere tidspunkt blive fremsat forslag om tider til virksomhedsbesøg.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen behandles på Sundhedsudvalgets møde den 24. juni 2014.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER
-

BILAGSFORTEGNELSE
1. Udkast til mødeplan for 2015 - alle udvalg

7. EVENTUELT

EVENTUELT
Tomt indhold

SUNDHEDSSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

24-06-2014 13:00

MØDESTED

Regionsgården H4

MEDLEMMER

Flemming Pless	Næstformand	Afbud
Leila Lindén	Rådsmedlem	Afbud
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 - Hjertepakke monitorering
2. Meddelelser - Region Hovedstadens svar til Sundheds- og Forebyggelsesudvalget vedrørende ventetid på Glostrup Hospital
3. Meddelelser - Månedlig afrapportering til Sundhedsstyrelsen

1. MEDDELELSER - HJERTEPAKKE MONITORERING

SUNDHEDSUDVALG_MEDDELELSER
Den 13. juni 2014 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen data for monitorering af hjertepakkepatienter for 1. kvartal 2014.

Region Hovedstaden ligger for 4 ud af 6 forløb over den nationale nedre kvartil for forløb gennemført inden for standardforløbstiden, som er den måde Sundhedsstyrelsen følger udviklingen og målopfyldelsen på. Regionen ligger under den nationale nedre kvartil for et forløb ("Forberedelse til invasiv behandling" for patienter med ustabil angina pectoris (ustabile hjertekramper)), og i henhold til det sidst forløb ("Samlet tid til invasiv behandling" for hjerteklap/hjertesvigt patienter) er der ikke foretaget nok registreringer til at beregne målopfyldelsen.

Materialet er udsendt til udvalget den 16. juni.

JOURNALNUMMER
14005649

BILAGSFORTEGNELSE
1. Sundhedsstyrelsens kommentarer til monitorering af hjertepakker 1. kvart...
2. Hjertemonitorering - orientering til SUV for 1 kvartal 2014

2. MEDDELELSER - REGION HOVEDSTADENS SVAR TIL SUNDHEDS- OG FOREBYGGELSESUDVALGET VEDRØRENDE VENTETID PÅ GLOSTRUP HOSPITAL

MEDDELELSER
Region Hovedstadens er blevet anmodet om at svare på spørgsmål 751 fra Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalget vedrørende ventetid på undersøgelse i Dansk Center for Søvnmedicin på Glostrup Hospital.

I bilag ses spørgsmålet fra Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, samt svaret fra Glostrup Hospital

JOURNALNUMMER
14005183

BILAGSFORTEGNELSE
1. Spørgsmål 751 fra SUU
2. Svar Glostrup Hospital - ventetid på svar på søvnundersøgelser

3. MEDDELELSER - MÅNEDLIG AFRAPPORTERING TIL SUNDHEDSSTYRELSEN

MEDDELELSER
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse besluttede i februar 2012, at regionerne skulle indsende månedlige indberetning til Ministeriet.

Indberetningerne skal omfatte patientforløb, der ikke overholder bekendtgørelsen om behandling af livstruende sygdomme.

Indberetningen for maj måned 2014 viser, at der var 88 hændelser i regionen på kræftområdet, der var 0 hændelser på hjerteområdet. Hertil kommer indberetninger foranlediget af tarmkræftscreeningsprogrammet.

Til orientering er Region Hovedstadens månedlige indberetning til Sundhedsstyrelsen vedlagt som bilag.

Christian Worm vil uddybe årsagen til indberetningerne til mødet.

JOURNALNUMMER
14000967

BILAGSFORTEGNELSE
1. Sundhedsstyrelsen følgebrev maj 2014

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Kvalitet & Patientsikkerhed

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte +45 21399463
Mail csu@regionh.dk

NOTAT

Til:

Dato: 17. juni 2014

1. Baggrund og mål for Patientsikkert Sygehus

Patientsikkert Sygehus er et projekt, som indfører datadrevet kvalitetsudvikling i den kliniske hverdag. Projektet skaber ”capacity” (kapacitet) og ”capability” (kompetence) inden for forbedring af kvalitet med fokus på anvendelse af konkrete og målbare indikatorer, primært resultatindikatorer.

Patientsikkert sygehus er forankret i Dansk Selskab for Patientsikkerhed i samarbejde med TRYG-fonden, Danske Regioner og IHI (Institute for Healthcare Improvement (Cambridge,USA).

Projektet har siden 2011 opereret på fem sygehuse i Danmark, hvor det deltagende hospital i Region Hovedstaden var Nordsjællands Hospital. Projektet er afsluttet i april 2014.

2. Beskrivelse af metoden bag Patientsikkert sygehus

Patientsikkert sygehus består overordnet af 4 elementer:

1. Datadrevet ledelse
2. Anvendelse af Forbedringsmodellen til implementering i den enkelte afdeling
3. Fokus på forbedring inden for bestemte kliniske områder, som giver mening for det kliniske personale (”kliniske pakker”)
4. “Collaboratives” (fællesskab og deling af viden)

2.1. Datadrevet ledelse - data & resultatmål

Patientsikkert Sygehus er baseret på datadrevet ledelse, hvor data vedrørende målene i de kliniske pakker samles og publiceres lokalt (dataansvarlig, datatavler) og udgives desuden månedligt på hospitalsniveau. Data og månedsrapporter sendes endvidere til og kommenteres af en ekstern part, som i Patientsikkert Sygehus er Institute of Health Improvement, IHI.

Projektet har haft 2 overordnede resultatmål:

- Reduktion af HSMR med mindst 15 % (HSMR betyder **h**ospitals**s**tandardiseret **m**ortalitets**r**atio og er antallet af dødsfald på et hospital som procent af det forventede antal dødsfald)

- Reduktion af antal patientskader pr. 1000 sengedage med mindst 30 % (Metoden Global Trigger Tool er valgt som redskab til måling af reduktion af patientskader).

Yderligere resultatmål for projektet har været:

- Antal hjertestopkald reduceres med mindst 30 %
- Infektioner relateret til centrale vene katetre elimineres
- Respiratorrelaterede lungebetændelser elimineres
- Antal patienter, der udvikler tryksår under indlæggelse, reduceres med 50 %
- Andelen af patienter med ny diagnosticeret hjertesvigt, som genindlægges indenfor 28 dage, er højst10 %
- Andelen af opererede patienter, som dør under indlæggelse, reduceres med 20 %
- Andelen af opererede patienter, som genindlægges inden for 30 dage, reduceres med mindst 20 %

Der indsamles for de enkelte pakker både procesindikatorer og resultatindikatorer. Eksempelvis registreres følgende indikatorer i tryksårspakken:

- Procesindikatorer:
  - Andelen af patienter som screenes for tryksår ved indlæggelsen
  - Andelen af patienter med risiko for tryksår, som revurderes for tryksår
- Resultatindikatorer:
  - Andelen af patienter med hospitalserhvervede tryksår
  - Dage mellem hospitalserhververede tryksår

Indikatorerne følges tæt af de lokale afdelingsledelser og månedligt af hospitalsledelsen og IHI.

2.2. Anvendelse af Forbedringsmodellen til implementering

Til implementering af målene i Patientsikkert Sygehus har man valgt at anvende Forbedringsmodellen. Dette er et enkelt og meget anvendeligt værktøj til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser. Modellen er brugt med succes både i Danmark og internationalt.

Modellen består af to dele:
1) Svar på tre grundlæggende spørgsmål

Hvad er det vi forsøger at opnå?	For at kunne skabe forandringer skal man sætte sig mål. Disse mål skal være målbare, rettet mod en defineret målgruppe og afgrænset i tid.
Hvordan kan vi vide, om det vi forandrer, også er en forbedring?	Ved brug af kvantitative opgørelser kan teamet afgøre om en bestemt forandring også fører til en forbedring.

	For at kunne monitorere forandringerne over tid indsamles data hyppigt (dagligt, ugentlig eller månedligt). Disse data behandles statistisk og opgøres i egnede kontrolkort iht. metoderne fra statistisk processtyring. Såvel procesmål som resultatmål monitoreres ved brug af kontrolkort.
Hvilke forandringer skal vi sætte i værk for at opnå forbedringen?	Ideer til forandringer kan komme fra det personale, der er direkte involveret i processerne, fra systematiske kreative processer og som inspiration fra andre organisationer.

De første to spørgsmål hjælper til at fastsætte klare mål og beslutte, hvilke målinger, der skal gennemføres for at belyse, om ændringer fører til forbedring. Det sidste spørgsmål skal identificere de nødvendige forandringer.

2) Systematisk metode til småskala-test

Kvalitetscirklen/PDSA-cirklen (Plan-Do-Study-Act) er en systematisk metode til småskala-test. Det vil sige, at forandringstiltag testes på en enkelt episode (fx hos én patient), og at erfaringer fra én test danner grundlag for små justeringer og nye tests, indtil en optimal løsning, som fungerer i praksis, er fundet. Først derefter implementeres i stor skala. Metoden har vist sig velegnet til at skabe varige forbedringer i hurtigt tempo.

Forbedringsmodellen kræver ledelsesengagement samtidig med, at der fokuseres på at etablere ændringer helt ude ved patienten. Metoden anbefales af IHI og benyttes fleres steder i USA bl.a. af Kaiser Permanente. Der er også gode erfaringer med metoden i Skotland.

Erfaringen fra Patientsikkert Sygehus er, at det er udfordrende for hospitalerne at komme hele vejen igennem trinene

- ”vi arbejder allerede med dette”
- ”vi har ideer til forandringer”
- ”vi har konkrete forbedringsforslag, som vi afprøver”.

Etablering af forbedringsmodellen kræver uddannelse af såvel ledere som udvalgte medarbejdere. Efterfølgende er der behov for konsulentydelser omkring rigtig anvendelse af kvalitetscirklen og de statistiske metoder.

Spredning
Forudsætningen for at skabe spredning er, at der er etableret en stabil forbedring i én afdeling. Herefter spredes efter mønstret 1-3-5 afdelinger.

Det er en styrke i metoden, at den leverer gennemskuelige data om mål og delmål, og den bidrager på den måde til, at andre kan følge proces og resultater. Denne indsigt øger muligheden for at sprede gode resultater. Selve spredningen kan foregå forskelligt, og der er ind til videre få erfaringer med spredning.

Fordele ved Forbedringsmodellen:

- Metoden kan bruges i enhver forandrings- implementeringsproces og præsenterer en genkendelig systematik.
- Der kvalitetsudvikles og dokumenteres konkret *bedside*, og der arbejdes direkte med forbedring af det faglige resultat hos den enkelte patient
- Metoden involverer personale med direkte patientkontakt, og kan medinddrage patient/pårørende.
- Metoden er datadrevet - og det appellerer til lægerne
- Metoden kan anvendes som ledelsesredskab (datadrevet ledelse). Ved at anvende metoden får ledelsen relativt hurtigt vished for om et udviklings-/implementeringsprojekt bevæger sig i den rigtige retning.
- Metoden inviterer til en lederrolle, som er proaktiv, og som stiller sig til rådighed for det kliniske personale og medvirker til at løse implementeringsproblemer.
- Metoden leverer gennemskuelige data om mål og delmål, og den bidrager på den måde til, at andre kan følge proces og resultater. Denne indsigt vil øge muligheden for at sprede gode resultater.

2.3. Implementering af kliniske pakker

I Patient Sikkert Sygehus findes i alt 12 kliniske pakker samt Ledelsespakken, Pakkerne er valgt internationalt ud fra en vurdering af, at de kan reducere dødelighed og skade,

Hver pakke har en række elementer, der hver især er udtryk for best practice i forhold til et afgrænset område. Hver pakke er beskrevet i en 'vejledning', der kortfattet og konkret giver baggrund inkl. evidens (videnskabelig litteratur) og litteraturhenvisninger, definitioner, elementer/ håndgreb (lavpraktiske, operationelle) samt indikatorer.

Pakkerne er valgt, så de er kliniske relevante og appellerer til personalet. En række eksterne faglige konsulenter har rådgivet omkring den videnskabelige gennemgang og fastlæggelse af elementerne. De faglige konsulenter er udpeget af læge- og sygeplejevidenskabelige selskaber inden for de pågældende specialer.
Pakkerne er samlet i fem spor. Koordineringen mellem de fem spor varetages af en projektstyregruppe, som ledes af en topleder eller sponsor.

Der er udvalgt følgende 12 pakker:

AMI-pakken[1]	CVK-pakken[2]	Hjerteinsufficiens-pakken

[1] AMI er forkortelse for hjertetilfælde

[2] CVK er forkortelse for Centralt VeneKateter, som benyttes til indgift af medicin og væske til svært syge patienter

Højrisikomedicin	KAD-pakken[3]	Kirurgipakken
Medicinafstemning	Mobilt Akutsystem	PVK-pakken[4]
Respiratorpakken	Sepsispakken	Tryksårspakken

De udvalgte pakker er organiseret i følgende 5 spor:

- **Intensivsporet (Pleje og behandling på intensive afsnit)**
  - CVK-pakken
  - KAD-pakken
  - Mobilt akutsystem
  - PVK-pakken
  - Respiratorpakken
  - Sepsispakken
  - Tryksårspakken
- **Kirurgisporet (Pleje og behandling ved kirurgi)**
  - Kirurgipakken
- **Ledelsessporet (Ledelse)**
- **Medicinsporet (Medicinhåndtering)**
  - Højrisikomedicin
  - Medicinafstemning
- **Sengeafdelingssporet (Pleje og behandling på sengeafdeling)**
  - AMI-pakken
  - Hjerteinsufficienspakken
  - KAD-pakken
  - Mobilt akutsystem
  - PVK-pakken
  - Sepsispakken
  - Tryksårspakken

Alle spor bidrager til det overordnede mål: ”reduktion af mortalitet og skader”, og de implementeres parallelt på sygehusene. Et spor knytter sig an til en organisatorisk sygehusenhed (fx sengeafdeling) eller en proces, som går på tværs af sygehusets organisation (fx medicinering).

Stort set alle pakker indeholder desuden procesindikatoren ”andel, hvor alle elementer i pakken er opfyldt ved mål over 95 %”.

Involvering af patient og pårørende

Flere pakker giver god mulighed for en *direkte involvering af patient og pårørende*, både i bevidstgørelse om kvalitetsudvikling og arbejdet med patientsikkerhed, - men i høj grad også for en direkte involvering i mange af pakke-elementernes målopfyldelse. F.eks. kan man informere patienter og pårørende om hvor længe PVK må ligge, og

[3] KAD er forkortelse for urinblærekateter

[4] PVK er forkortelse for Perfert VeneKateter eller ”venflon”, som benyttes til indgift af medicin og væske i åren.

hvor hyppigt patienter skal vendes. Patient/pårørende vil i en række situationer kunne fungere som 'egen dataindberetter'.

Ledelsessporet/pakken

Udover de tolv pakker, er der også en ledelsespakke og et ledelsesspor. Ledelsespakken rummer en række værktøjer og tjeklister til sygehusledelserne:

- Patientsikker to-do-liste: Patientsikkerhedsfremende huskeliste for sygehusledelserne.
- Patientsikker dagsorden-tjekliste: Patientsikkerhed skal helt bogstaveligt sættes på dagsordenen. Tjeklisten rummer forslag til dagsordenspunkter, der fremmer opmærksomheden om patientsikkerhed. De kan bruges i forbindelse med direktionsmøder, kvalitetsrådsmøder, møder med afdelingsledelserne osv.
- "Big Dots"-tjekliste: Der etableres en organisation for de månedlige målinger med Global Trigger Tool (GTT), og sygehusledelsen forholder sig hver måned til resultaterne af GTT samt andre data på sygehusniveau som HSMR, data fra de kliniske databaser og antal hjertestop.

2.4. Collaboratives

På de forskellige områder, hvor sygehusene har arbejdet med pakkerne, er der dannet "collaboratives" (fællesskaber), hvor den enkelte afdeling på sygehuset har et samarbejde med en lignende afdeling på et andet af de deltagende sygehuse. Formålet er at vidensdele og samarbejde med en afdeling, som har de samme udfordringer. Ordningen kan sammenlignes med venskabsbyer, og pointen er, at det er hele/teams i afdelinger og ikke blot en eller få medarbejdere som deltager. Dansk Selskab for Patientsikkerhed har understøttet collaboratives gennem læringsseminarer og site visits.

I Region Hovedstaden benyttes allerede collaboratives i flere forskellige sammenhænge fx i forbindelse med Apopleksidatabasen, hvor man i forbindelse med audits to gange om året drøfter forbedringstiltag på de involverede afdelinger og på den måde spreder ideer til de øvrige afdelinger. Et andet eksempel er arbejdet med tjeklisten "Sikker Kirurgi", hvor flere medarbejdere fra relevante afdelinger mødes og drøfter udvikling af redskaber.

3 Andre projekter som inddrager principperne fra PSS

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har i samarbejde med andre parter også igangsat projekter inden for fødeområdet (Sikre fødsler), psykiatrien (Sikker Psykiatri) og den kommunale sektor (I sikre hænder). Region Hovedstaden deltager i både "Sikre fødsler" og i "Sikker psykiatri" og regionen har etableret samarbejde på medicinområdet med "I sikre hænder".

4 Forudsætninger i Patientsikkert sygehus

4.1 Undervisning og supervision

I Patientsikkert Sygehus har mindst én nøglemedarbejder fra hvert sygehus været på IHI's Improvement Advisor Uddannelse i Boston. Kurset består af tre moduler over til måneder.
Aktuelt har ca. seks medarbejdere fra Region Hovedstaden fået IHIs kursus. Derudover har ca. 11 medarbejdere fra regionen fået et kortere nordisk kursus udbudt af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i samarbejde med Danske Regioner. Dette kursus har ikke været forbeholdt deltagere i Patientsikkert Sygehus.
Alle direktioner og teams har endvidere været tilbudt kortere kurser i forbedringsmodellen herunder arbejdet med data. (4 x2 dages træning).
På Hillerød Hospital har man etableret et mellemlederprogram for udvalgte medarbejdere for at opnå bedre kendskab til metoden i afdelingerne.

4.2 Support

Dansk Selskab for Patientsikkerhed og IHI har ydet support i projektet, som har omfattet:

- Adgang til fire medarbejdere i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som har rådgivet inden for data, anvendelse af forbedringsmodellen og kommunikation. De samme medarbejdere haft åbent kontor, hvor de har været fysisk tilstede og tilgængelige på hospitalerne (ca. 1 dag hver måned). De fire medarbejdere i Dansk Selskab for Patientsikkerhed har været fuld tid på projektet.
- Hver måned har der været givet skriftlig feedback fra IHIs eksperter på månedsrapporterne, omhandlende hvordan de har arbejdet (tests og data). IHI har i denne sammenhæng en skala, hvor fremdriften scores. Der er to IHI eksperter involveret i denne opgave
- 1 dags besøg af IHI (1 ekstern konsulent) ca. hver 6. uge, hvor data fremlægges og udfordringer drøftes med ledelser, teams og projektleder.
- I alt 4 et-dags site visits hvor en større gruppe fra IHI og internationale eksperter har besøgt sygehusene

Derudover er der afholdt læringsseminarier med udvalgte medarbejdere og ledere på de deltagende hospitaler bl.a. for at understøtte Collaboratives. Læringsseminarerne har varet hver 2 dage.

4.3 Økonomi

Der er givet 55,3 mio. fra Trygfonden over 4 år fra 2010 til 2013 til Patientsikkert sygehus. Der er ikke et tilgængeligt budget, hvor midlerne er fordelt på de enkelte områder.

Det enkelte hospital har etableret en projektorganisation med en projektleder og 1-2 projektmedarbejdere. Desuden har det enkelte hospital uddannet et antal "Improvement Advisors" hos IHI.

5 Evaluering af Patientsikkert Sygehus[5]

COWI har udarbejdet en evaluering af Patientsikkert Sygehus, som blev offentliggjort i april 2014. Evalueringen gennemgås kort nedenfor:

To af projektsygehusene har oplevet markante forbedringer i HSMR. For de tre øvrige har tallene udviklet sig blandet.

For Global Trigger Tool (målet for skade) har det i evalueringen ikke været muligt at identificere en entydig tendens i tallenes udvikling. Det vurderes derfor, at tallene ikke kan anvendes som et udtryk for effekten af Patientsikkert sygehus. Det skal samtidig bemærkes, at der hersker betydelig usikkerhed om metodens kvalitet, og robusthed overfor forandringer i organisering på hospitalerne fx som følge af ændringer regionernes hospitalsplaner.

Evalueringen har fokuseret på de 12 pakkers implementering på 33 udvalgte afdelinger. For ni pakker er der etableret sammenligningsperioder for procesindikatorerne (udtryk for pakkernes implementering). 62 % af procesindikatorerne for de ni pakker har nået en implementeringsgrad på over 90 %.

12 afdelinger viser resultatforbedringer hvad angår pakkerne PVK, sepsis, KAD og CVK. Det er dog ikke muligt at dokumentere, at der er sket en statistisk signifikant ændring i de opstillede resultatindikatorer.

På baggrund af eksisterende data kan evalueringen hverken be- eller afkræfte en statistisk signifikant samvariation mellem implementeringsgrad og behandlingsresultat. Det er konklusionen, at det samlede resultat for alle pakker på alle afdelinger er blandet.

For projektets samlede organisations- og forbedringsmodel er det konklusionen, at forandrings- og ledelsesmodellen og tilgangen af ”bottom up” har fungeret godt. Det fremhæves i evalueringen, at alle de deltagende hospitaler har valgt at fortsætte med konceptet. Evalueringen lægger samtidig vægt på, at bistanden fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed har spillet en central rolle for projektets samlede og overordnede gode resultater.

6 Sammenhæng mellem Region Hovedstadens strategi ”Fokus og Forenkling” og Patientsikkert Sygehus

Et centralt element i Region Hovedstadens Strategi er driftsmålstyring. De måleområder, som er drøftet i forhold til regionens driftsmålstyring, kan understøttes af indsatser fra flere pakker i Patientsikkert Sygehus. Det skal samtidig bemærkes, at der er forskellige udfordringer mht. kvalitet på hospitalerne og det er hensigtsmæssigt, at de kliniske indsatsområder/pakker kan tilpasses og prioriteres i forhold til udfordringerne lokalt.

[5] Kilde: Evaluering af Patientsikkert Sygehus, COWI, april 2014

Pakker i Patientsikkert sygehus sammenlignet med driftsmål og andre tiltag – udvalgte eksempler

Patientsikkert sygehus	Fokus og forenkling/driftsmålstyring	Andre mål/tiltag
CVK-pakken	At reducere af patientskade som følge af hospitalserhvervet bakteriæmi, som kan forlænge indlæggelsen og være dødelig	
KAD-pakken		
Mobilt Akutsystem		
Sepsispakken		
PVK-pakken		
Respiratorpakken	At reducere patientskade i form af respiratorrelateret lungebetændelse hos patienter på intensive afdelinger	
Hjerteinsufficiens-pakken	At reducere antallet af uventede dødsfald	
Kirurgipakken	At reducere antallet af uventede dødsfald	
Tryksårspakken		Tværregional indsats mod tryksår
AMI-pakken	At reducere antallet af uventede dødsfald	
Højrisikomedicin	At reducere antallet af uventede dødsfald	
Medicinafstemning		Implementering af Fælles Medicin Kort

Patientsikkert sygehus rummer derudover

- Forbedringsmodellen – uddannelse i lokal implementering i afdelingerne og forståelse for daglig driftsmålstyring (statistisk proceskontrol/kontrolkort)
- Collaboratives – understøttelse af fællesskaber med deling af ideer og udfordringer mellem afdelinger/teams

Begge disse elementer skal betragtes som værktøjer, der kan fremme gennemførsel af de forbedringer, som ønskes i driftsmålene. Elementerne kræver en indsats omkring uddannelse og understøttelse. Uddannelsesindsatsen vil skulle foregå som centrale elementer i den eksisterende kvalitets- og lederuddannelse suppleret med kortere uddannelsesforløb for de kliniske medarbejdere, eksisterende afsnitsledere og for kvalitetsafdelinger suppleret med deltagelse i collaboratives og site visits.

Indsatsen omkring collaboratives vil skulle videreudvikles med brug af erfaringerne fra bl.a. forbedringsarbejdet med de kliniske databaser. Det vurderes, at dette vil kræ-

ve en vidensopbygning i hele kvalitetsorganisationen og en vis kapacitets- og kompetenceøgning såvel i virksomhederne som i Center for Sundhed.

REGIONSRÅDET

Tirsdag den 8. april 2014

Kl. 17.00

Regionsgården i Hillerød, rådssalen

Møde nr. 5

Medlemmer:

Sophie Hæstorp Andersen
Leila Lindén
Özkan Kocak
Maja Holt Højgaard
Flemming Pless
Erik R. Gregersen
Hanne Andersen
Per Seerup Knudsen
Susanne Due Kristensen
Lars Gaardhøj
Marianne Stendell
Bodil Kornbek
Pia Illum
Charlotte Fischer
Karin Friis Bach
Abbas Razvi
Per Tærsbøl
Hans Toft
Mette Abildgaard
Karsten Skawbo-Jensen
Lene Kaspersen
Lise Müller
Jens Mandrup
Niels Høiby
Henrik Thorup
Marlene Harpsøe
Finn Rudaizky
Kenneth Kristensen Berth
Martin Geertsen
Bergur Løkke Rasmussen
Carsten Scheibye
Randi Mondorf
Anne Ehrenreich
Ole Stark
Per Roswall
Erik Sejersten
Susanne Langer
Torben Kjær
Annie Hagel
Tormod Olsen
Marianne Frederik

Afbud:
Charlotte Fischer – stedfortræder Vivian Heinola-Nielsen
Lise Müller – stedfortræder Kirsten Sloth
Finn Rudaizky – stedfortræder Katrine Vendelboe Dencker

Fraværende:
Laila Lindén ved sag 17
Flemming Pless ved sag 7, 21-23
Hanne Andersen ved sag 6 og 7
Per Seerup Knudsen ved sag 7
Lars Gaardhøj ved sag 17
Karin Friis Bach ved sag 17
Jens Mandrup ved sag 7 og 16
Henrik Thorup ved sag 7 og 16
Bergur Løkke Rasmussen ved sag 6
Randi Mondorf ved sag 14 – 20
Susanne Langer ved sag 20 – 23

11. ÅRLIGE REVISION AF SPECIALEFORDELINGEN I HOSPITALS- OG PSYKIATRIPLAN 2020 I 2014

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
I forbindelse med vedtagelsen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020) blev det besluttet, at regionsrådet én gang årligt skal vurdere, om forudsætningerne for specialefordelingen i HOPP 2020, herunder for funktionernes optageområder, har ændret sig, så tilpasninger bliver fagligt eller økonomisk nødvendige.

INDSTILLING
Administrationen indstiller, at forretningsudvalget over for regionsrådet anbefaler:

1. **at** de beskrevne ændringsforslag til HOPP 2020 sendes i høring i perioden fra den 9. april til den 11. juni 2014, og
2. **at** Sundhedsudvalget anmodes om en udtalelse om de beskrevne ændringsforslag til HOPP 2020, samt en udtalelse baseret på høringssvarene.

POLITISK BEHANDLING
Forretningsudvalgets beslutning:

Anbefales.

C (2) oplyste, at partiet vil tilkendegive sin stillingtagen ved regionsrådets møde.

Leila Lindén (A), Lars Gaardhøj (A) og Karin Friis Bach (B) deltog ikke i sagens behandling.

Regionsrådets beslutning:

Godkendt.

Charlotte Fischer (B), Lise Müller (F), Finn Rudaizky (O) og Randi Mondorf (V) deltog ikke i sagens behandling.
Som stedfortræder deltog Vivian Heinola-Nielsen (B), Kirsten Sloth (F) og Katrine Vendelbo Dencker (O).

SAGSFREMSTILLING
Alle hospitaler og Sundhedsfaglige Råd blev i efteråret 2013 anmodet om at komme med forslag til den årlige revision af hospitalsplanen (HOPP 2020).

Alle ændringsforslag, der stilles til specialefordelingen af HOPP 2020, skal begrundes med et eller flere af følgende kriterier:

- Kvalitet: Understøttelse af høj kvalitet i patientbehandling og udvikling af specialerne.
- Ændringer i den faglige udvikling: Den faglige udvikling kan eksempelvis være udvikling af nye behandlinger, eller at eksisterende behandlinger bliver forenklede, så de kan varetages på flere hospitaler eller flyttes til primærsektoren.
- Nye krav fra Sundhedsstyrelsen eller øvrige centrale myndigheder: Fx ændringer i antallet af regions- og højtspecialiserede funktioner eller ændringer i de faglige specialebeskrivelser.
- Ændringer i antallet af patienter: Kan eksempelvis tilskrives ændringer i befolkningsprognosen, den demografiske udvikling, sygdomsfrekvens (antal ydelser) eller samarbejdet med andre regioner om opgavevaretagelsen fx, at Region Sjælland hjemtager patienter.
- Driftsoptimering: Der skal sikres et økonomisk bæredygtigt og fremtidssikret hospitalsvæsen.

Udgangspunktet er, at alle forslag til ændringer, der behandles i forbindelse med processen i 2014, skal kunne implementeres i 2014. Ændringsforslag, der forudsætter, at fx kvalitetsfondsprojekterne er færdigbyggede, behandles således ikke i forbindelse med processen i 2014.

Der er fremsendt forslag til ændringer fra syv hospitaler og fem sundhedsfaglige råd. Flere af de fremsendte forslag opfylder ikke de anførte kriterier. Der er fx. fremsendt en række forslag, som handler om ændringer i Sundhedsstyrelsens specialeplan (eksempelvis ønske om varetagelse af en ny specialfunktion).

Hertil kommer, at hospitalsdirektørkredsen har ønsket, at den fremtidige varetagelse/organisering af en række områder belyses yderligere mhp., at der foretages en vurdering af den fremtidige varetagelse af områderne. Der er på den baggrund udarbejdet en række analyser, som har til formål at vurdere den fremtidige organisering af specialerne/områderne inden for:

- Mammakirurgi
- Hæmatologi
- Gynækologi, Obstetrik og Pædiatri
- Neurologi

I forbindelse med revisionen af HOPP2020 i 2013 blev der igangsat analyser af ortopædkirurgien og urologien, som nu foreligger. Analyserne beskriver forskellige organiseringer, aktivitet, sammenhæng til andre specialer, fokusområder og forskellige scenarier. Analyserne er vedlagt som bilag.

Administrationens anbefalinger
Foruden den skriftlige invitation til ændringsforslag har der undervejs i processen været afholdt møder mellem repræsentanter fra koncerndirektionen, hospitalsdirektionerne og de faglige miljøer med henblik på at afdække fordele og ulemper ved forskellige scenarier for organisering af de områder, hvor der er igangsat analyser. På baggrund af de indkomne forslag og drøftelser anbefaler administrationen, at der foretages følgende ændringer af hospitalsplanen:

1. Flytning af øjenoperationer fra Nordsjællands Hospital (Hillerød) til Glostrup Hospital
Glostrup Hospital har foreslået at omfordele følgende øjenfunktioner mellem Glostrup Hospital og Nordsjællands Hospital, hvor øjenafdelingen har udefunktion. Omfordelingen er begrundet i styrkelse af faglig kvalitet:

- Øjenkirurgi i universel anæstesi. Derved samles al øjenkirurgi i universel anæstesi på Glostrup Hospital. Der er tale om 37 operationer i 2013.
- Regionsfunktionen ”glaukomkirurgi” (operationer for grøn stær). Det drejer sig om ca. 25- 35 operationer om året, som bør fusioneres med den større glaukomkirurgiske aktivitet på Glostrup Hospital.
- Primærdiagnostik af medicinske nethindesygdomme. Denne diagnostik er apparaturtung med blandt andet angiografi (røntgenundersøgelse af blodkar) og avancerede fotografiske undersøgelser. Det er vanskeligt at opretholde den optimale kvalitet i Hillerød.

Aktiviteten på øjenfunktionen i Hillerød forventes samtidigt at vokse i de kommende år inden for behandling af AMD (forkalkninger på nethinden eller aldersspletter på nethinden) og grå stær. Flytning af aktiviteten støttes af Nordsjællands Hospital og kan gennemføres uden merudgifter.

2. Pædiatri, gynækologi og obstetrik
Udgangspunktet for analysen vedr. pædiatri, gynækologi og obstetrik har primært været et ønske om at understøtte gode fødselsforløb samt at sikre et tilstrækkeligt patientunderlag og antal fødsler på fødestuerne. For at opretholde bæredygtige specialer foreslås det at fastholde den overordnede opdeling i HOPP2020 med de fire planlægningsområder for de pædiatriske og gynækologiske specialer.

Fremskrivningen af det forventede antal fødsler viser, at tendensen til en meget svag stigning i antallet af fødsler i planlægningsområderne Nord og Midt fortsætter. Samtidig er der stor vækst i antallet af fødsler i planområde Byen og Syd.

Sammenholdt med et stort antal fritvalgspatienter har ændringerne medført, at Rigshospitalet har flere fødsler end forudsat, samtidig med at aktiviteten er faldende andre steder. For at opretholde kvalitet på Nordsjællands Hospital, der er særlig udfordret af lav aktivitet, foreslås det, at antallet af fødsler på

Hospitalet øges gennem ændring af optageområderne mellem hospitalerne. Det vil samtidig give en bedre fordeling af antallet af fødsler ifht. regionens fysiske kapacitet af fødestuer at øge antallet af fødsler på Nordsjællands Hospital og Herlev Hospital.

Antallet af fødsler på Rigshospitalet vil således blive reduceret, men hospitalet vil fortsat have en tilstrækkelig aktivitet til at opretholde en høj faglig kvalitet i forhold til varetagelsen af de højt specialiserede funktioner i obstetrik og pædiatri.

På baggrund af den udarbejdede analyse indstilles det, at fødsler fra:

- Lyngby-Taarbæk og Egedal kommuner flyttes fra Herlev Hospital til Nordsjællands Hospital
- Høje Taastrup, Albertslund og Glostrup Kommuner flyttes fra Herlev Hospital til Hvidovre Hospital
- Vanløse og Bispebjerg bydele flyttes fra Hvidovre Hospital til Herlev Hospital
- Frederiksberg Kommune flyttes fra Rigshospitalet til Herlev Hospital.

De fordelingsmæssige konsekvenser af den foreslåede rokade vil være, at fødslerne fremover fordeles således:

	Bornholms Hospital	Herlev Hospital	Hillerød Hospital	Hvidovre Hospital	Rigshospitalet	Hovedtotal
Fødsler 2013	**226**	**4.168**	**2.724**	**6.524**	**6.159**	**19.801**
Forslag	**226**	**4.923**	**3.305**	**6.388**	**4.959**	**19.801**

Rokaden omfatter udelukkende obstetrik, idet det primært er inden for dette område, at regionens kapacitet er skævt fordelt. Rokaden af obstetrik bryder hermed med den etablerede praksis om at lade specialerne Gynækologi, Obstetrik og Pædiatri følges ad optageområdemæssigt. Der lægges dog vægt på, at der skal være en sammenhæng imellem obstetrik og pædiatri (neonatologi), således at børn i forbindelse med fødselsforløbet behandles på fødestedets neonatalafdeling. Samtidigt vil patienterne indenfor hospitalernes kapacitetsmæssige ramme altid have mulighed for frit valg.

Mulighederne for en rokade på det gynækologiske og pædiatriske optageområde bør snarest belyses således, at disse vil flugte de overordnede optageområder for hospitalerne (HOPP2020).

Der udestår desuden en afklaring af i hvilket omfang, der vil være udgifter forbundet med at opretholde vagtlag til varetagelse af højt specialiserede funktioner på Rigshospitalet.

3. Neurologi
Det neurologiske område er i rivende udvikling inden for alle subspecialer, og det er vigtigt, at der skabes mulighed for en organisering af specialet, som fremadrettet kan understøtte optimale patientforløb og behandling. For at imødekomme denne udvikling foreslås det, at der foretages en række ændringer, som dog ikke ændrer ved den grundlæggende organisering af området. Det skal præciseres, at der skal være en neurologisk funktion på alle akuthospitaler.

Der er i Region Hovedstaden neurorehabilitering på de neurologiske afdelinger på: Nordsjællands Hospital – Frederikssund, Glostrup, Herlev og Bispebjerg hospitaler samt på apopleksirehabiliterings-afsnittene på Gentofte, Frederiksberg og Amager hospitaler. Det betyder, at apopleksipatienter med behov for rehabilitering i hospitalsregi flyttes til en anden medicinsk afdeling under deres indlæggelse.

Det indstilles, at apopleksirehabiliteringen samles på de neurologiske afdelinger, og at hospitalsforankret rehabilitering af følger efter apopleksi dermed flyttes fra Amager, Frederiksberg og Gentofte hospitaler til de neurologiske afdelingers apopleksiafsnit på hhv. Glostrup, Bispebjerg og Herlev Hospital. Dermed sikres det, at borgere med apopleksi, der har behov for hospitalsbehandling og rehabilitering, modtager behandlingen i neurologisk regi. Det vil give mere sammenhængende behandlingstilbud og sikre, at alle borgere får en ensartet høj kvalitet.

På baggrund af aktivitetstal fra 2013 vil det være en flytning svarende til 23 senge ialt for de tre hospitaler.

Apopleksirehabiliteringen skal uændret foretages på Afsnit for Neurorehabilitering i Frederikssund, der er

en enhed under Neurologisk Afdeling, Nordsjællands Hospital.

Der er i regi af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning udpeget en udviklingsfunktion for endovaskulær behandling ved akut apopleksi (EVT). Såfremt der påvises evidens herfor, anbefales det endvidere, at organiseringen af trombolysebehandlingen revurderes.

4. Urologi
Det urologiske område har været præget af kapacitetsmæssige udfordringer, og som følge heraf er stadig flere patienter henvist til det private. Det er derfor besluttet at undersøge, om der er potentiale for en bedre kapacitetsudnyttelse på tværs af regionen.

Analysen giver ikke anledning til at foreslå en markant ændring af organiseringen, og det foreslås derfor, at den overordnet forbliver uændret. Det betyder, at der fortsat skal være en afdeling på både Herlev Hospital og Rigshospitalet med de optageområder, der er forudsat i HOPP 2020, og at begge afdelinger har én udefunktion, der dog ikke har akutindtag.

Det indstilles, at udefunktionerne placeres således, at Herlev Hospital har en udefunktion på Nyt Hospital Nordsjælland, og Rigshospitalet har en udefunktion på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Det sidste er en ændring af HOPP 2020, hvoraf det fremgår, at udefunktionen skal placeres på Hvidovre Hospital. Frederiksberg Hospital skal i højere grad end i dag også samarbejde med Herlev Hospital. SFR for urologi og hospitalsdirektionerne vil derfor blive bedt om at komme med forslag til, hvordan Frederiksberg Hospital kan aflaste Herlev Hospital på udvalgte områder, og hvordan et fælles visitationsarbejde kan etableres. Det skal derfor belyses, i hvilket omfang Frederiksberg Hospital kan aflaste Herlev Hospital og varetage nogen af de elektive funktioner, som i dag varetages i privat regi (viderevisiteres fra Herlev Hospital til de private aktører).

Analyser der ikke indeholder anbefalinger om ændring af HOPP2020
Der er udarbejdet analyser af brystkræftbehandling, hæmatologi og ortopædkirurgi, som ikke medfører anbefalinger om ændringer til hospitalsplanen.

Brystkræftbehandling
Det er i forbindelse med analysen blevet vurderet, om den nuværende organisering, hvor planlagt brystkræft kirurgi foretages på henholdsvis Herlev Hospital og Rigshospitalet, skal fastholdes. Afdelingerne har i dag et godt og velfungerende samarbejde. Da der ikke er mulighed for fysisk at samle de to afdelinger uden betydelige anlægsudgifter, og da en organisatorisk samling vil indebære en meget stor udefunktion, foreslås det, at den nuværende organisering forbliver uændret. Det er derfor indstillingen, at den nuværende organisering fastholdes.

For at opnå nogle af de fordele, som en samlet funktion vil give, foreslås det, at afdelingernes nuværende samarbejde udbygges yderligere, fx via et øget fokus på fælles visitationssamarbejde, fælles forskningssamarbejde og ved at indgå i de samme protokoller. Samtidig vil SFR Mammakirurgi blive bedt om at udarbejde en oversigt over, hvilke subgrupper af patienter, der hensigtsmæssigt kun bør behandles på ét hospital i regionen og komme med forslag til, hvilket hospital der skal varetage den konkrete behandling/subgruppe.

Hæmatologi
Det hæmatologiske område er præget af dels hastig faglig udvikling, dels Region Sjællands hjemtagning af patienter, som i dag behandles på Rigshospitalet. Der er derfor udarbejdet en analyse, hvor det vurderes, om den nuværende organisering er hensigtsmæssig.

Det gælder tilsvarende for hæmatologien, at det ikke på nuværende tidspunkt er muligt at samle de to afdelinger uden betydelige anlægsudgifter, og at en organisatorisk samling vil indebære en meget stor udefunktion. Derfor foreslås det, at den nuværende organisering forbliver uændret.

For at høste nogle af de fordele, som en samling ville medføre, foreslås det, at det forudsættes, at de to afdelinger på hhv. Rigshospitalet og Herlev Hospital etablerer et fælles forskningssamarbejde, indgår i de samme protokoller. Derudover foreslås det, at afdelingerne samarbejder om visitationen, og at

snitfladerne mellem de to afdelinger og øvrige – særligt intern medicinske – afdelinger bør ensartes.

SFR Hæmatologi vil blive bedt om, at udarbejde en oversigt over 'undertyper' af sygdomme, der hensigtsmæssigt kun bør behandles på ét hospital i regionen, og kommer med forslag til hvilket hospital, der skal varetage den konkrete behandling. Formålet er dermed at sikre ensartet behandling og understøtte en stærk faglig udvikling inden for det hæmatologiske område.

Ortopædkirurgi
Der er udarbejdet en analyse af det ortopædkirurgiske område. Analysen beskriver tre scenarier for, hvordan kapaciteten anvendelsen på det ortopædkirurgiske område kan optimeres. Der indstilles på baggrund af analysen ingen forslag til ændringer på nuværende tidspunkt, idet der fortsat udestår afklaring af scenariernes konsekvenser.

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

KOMMUNIKATION
I forbindelse med, at dagsordenen udsendes til Forretningsudvalget, publiceres der en intern nyhed på REGI, således at alle ansatte orienteres om hvilke forslag, der foreslås sendt i høring samt den videre proces. Hvis regionsrådet beslutter at sende forslagene i høring, vil der blive planlagt høringsmøder om ændringerne, og alle høringssvar vil i takt med, at de modtages, blive gjort tilgængelige på regionens hjemmeside. Der udsendes en pressemeddelelse herom efter regionsrådets møde den 8. april 2014.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Tidsplan:

- 1. april: Forretningsudvalget forelægges forslag til ændringer, der indgår i den årlige revision af HOPP 2020.
- 8. april: Regionsrådet forelægges forslag til ændringer, der indgår i den årlige revision af HOPP 2020, og beslutter om ændringsforslag skal sendes i høring.
- 9. april - 11. juni: Høringsproces.
- April: Ændringsforslag til sendes til Sundhedsudvalget mhp en udtalelse senest 1. juli 2014.Psykiatriudvalget anmodes ikke om en udtalelse, idet ændringsforslagene alene vedr. den somatiske del af hospitalsvæsenet.
- Ultimo juni: Sundhedsudvalget præsenteres for høringssvar og kommer på den baggrund med en udtalelse til Forretningsudvalget, som drøftes til efterfølgende møde i Forretningsudvalget.
- 12. august: Forretningsudvalget præsenteres for høringssvar samt Sundhedsudvalgets udtalelse.
- 19. august: Regionsrådet præsenteres for høringssvar og Forretningsudvalgets indstilling og indstiller på den baggrund ændringsforslag, som indgår i budgetforhandlingerne for 2015
- 16. september: Forretningsudvalget indstiller ændringsforslag til HOPP 2020 til Regionsrådet
- 23. september: Regionsrådet træffer beslutning om ændringer af HOPP 2020, som indgår i Budget 2015.

DIREKTØRPÅTEGNING
Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER
13009038

BILAGSFORTEGNELSE
1. Beskrivelse af mulighederne for den fremtidige varetagelse af fødselsområdet
2. Beskrivelse af mulighederne for den fremtidige organisering af neurologien
3. Beskrivelse af mulighederne for den fremtidige varetagelse af elektiv ortopædkirurgi
4. Beskrivelse af mulighederne for den fremtidig varetagelse af urologien
5. Beskrivelse af muligheder for den fremtidige organisering af hæmatologien
6. Beskrivelse af mulighederne for den fremtidige organisering af mammakirurgi incl. bilag

RESUMÉ af høringssvar til "den årlige revision af specialefordelingen i HOPP 2020"

Forslag til den årlige revision af specialefordelingen i HOPP 2020 har været sendt til høring i perioden 9. april til 11. juni 2014.

Der er den 11. juni 2014 indkommet 40 høringssvar:

- Sundhedsstyrelsen
- 10 kommuner: Ballerup, Dragør, Fredensborg, Frederiksberg, Gladsaxe, Glostrup, Høje-Taastrup, København, Lyngby-Taarbæk og Tårnby Kommune *(Dragør Kommune eftersender endeligt høringssvar efter politisk behandling, der overskrider fristen)*
- 1 fra Seniorrådet i Ballerup Kommune
- 4 faglige organisationer: Dansk Sygeplejeråd, Ergoterapeutforeningen, Lægeforeningen Hovedstaden og Jordemoderforeningen
- 6 hospitaler: Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Gentofte Hospital, Glostrup Hospital, Herlev Hospital, Nordsjællands Hospital samt Hvidovre og Amager Hospitaler
- 3 fra MED-udvalg: MED-udvalget på Reumatologisk Afdeling H på Bispebjerg og Amager Hospitaler, V-MED på hospitalerne i planlægningsområde Nord samt LMU på Medicinsk Afdeling på Amager Hospital
- 1 fra Juliane Marie Centret på Rigshospitalet
- 1 fra Regionsældreråd Hovedstaden
- 12 sundhedsfaglige råd: Anæstesiologi, Hæmatologi, Kirurgi, Klinisk Biokemi, Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin, Klinisk Onkologi, Klinisk Radiologi, Lungesygdomme, Neurologi og Klinisk Neurofysiologi, Oftalmologi, Oto-Rhino-Laryngologi inkl. audiologi samt Urologi
- 1 fra en privat borger

Mange af høringsparterne tilkendegiver, at de støtter regionsrådets forslag til ændringer, og at de finder det positivt, at regionsrådet årligt vurderer, om forudsætningerne har ændret sig, således at tilpasninger er nødvendige.

I nærværende notat er givet et resumé af høringssvarene og administrationens forslag til, hvordan de enkelte høringssvar håndteres.
Overordnet er anvendt tre kategorier:

- Høringssvaret understøtter implementeringen af ændringsforslaget
- Høringssvaret indgår i den videre planlægning
- Høringssvaret indarbejdes ikke

Der er anvendt overstående opdeling, da nogle høringssvar adresserer områder, der ikke er sendt til høring og/eller kommer med nye forslag til ændringer, hvor der er behov for yderligere analyser for at kvalificere forslaget.

	Afsender	Resumé af høringssvar	Administrationens bemærkninger
1	**Statslige myndigheder**		
	Sundhedsstyrelsen	1. Flytning af aktivitet på øjenområdet fra Nordsjællands Hospital - Hillerød til Glostrup Hospital: Sundhedsstyrelsen finder det fornuftigt, at regionen samler behandlingen af de forholdsvis sjældent forekommende funktioner på færre matrikler. 2. Optageområde ændring inden for obstetrikken: Sundhedsstyrelsen har forståelse for, at regionen har behov for løbende at sikre, at der er tilstrækkelig og fornuftig fordeling af antallet af fødende på regionens fødeafdelinger i forhold til fortsat at opretholde en høj faglighed i varetagelsen. Den foreslåede omfordeling af optageområde for fødende forekommer i den forbindelse fornuftig i det der fortsat tages hensyn til varetagelsen af special-funktioner på Rigshospitalet. 3. Samling af apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger: Sundhedsstyrelsen finder den foreslåede samling af apopleksirehabiliteringen på de neurologiske afdelinger på Glostrup, Bispebjerg og Herlev hospitaler fornuftig og fagligt velbegrundet, og i overensstemmelse med intentionerne i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2011). Sundhedsstyrelsen skal dog bemærke, at den højtspecialiserede funktion i pædiatri for apopleksirehabiliteringen for børn, samt den tilsvarende højtspecialiserede funktion for voksne kun er godkendt på Glostrup Hospital, og således udelukkende må varetages der. 4. Flytning af urologisk udefunktion fra Hvidovre Hospital til Bispebjerg Hospital: Sundhedsstyrelsen har ikke kommentarer til den foreslåede flytning.	Ad 1: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 3: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Det er alene ændring på hovedfunktionsniveau, der foreslås. Bemærkning om godkendelse af den højtspecialiserede funktion for børn og voksne tages til efterretning. Ad 4: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.

2	**Kommuner**		
	Ballerup Kommune	Finder overordnet, at forslagene til ændringerne giver god mening. Her tænkes særligt på samlingen af aktiviteterne på øjenområdet på Glostrup Hospital samt samlingen af apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger. Finder det dog uhensigtsmæssigt, at kommunerne i planlægningsområde Midt fordeles på forskellige hospitaler. Dette sker i forhold til at optageområdet for obstetrikken flyttes "mod Nord". Ballerup Kommunes borgere flyttes ikke, men det har betydning for de kommuner som kommunen samarbejder med i Kommuneklynge Midt samarbejdet.	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Bemærkning om opdeling af kommuner ift. samarbejde i Kommuneklynge Midt indgår i den videre planlægning.
	Dragør Kommune **Foreløbigt høringssvar – behandles politisk den 19. juni.**	<u>1. Samling af apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger:</u> Finder det problematisk, at hospitalsforankret rehabilitering af følger efter apopleksi flyttes fra Amager Hospital til den neurologiske afdelings apopleksiafsnit på Glostrup Hospital. Det vil betyde, at apopleksipatienter fra Dragør Kommune, som indlægges på Amager Hospital – og som har behov for rehabilitering i hospitalsregi – skal flyttes under deres indlæggelse. Derudover vil de og især deres pårørende få en markant længere transport til hospitalet, hvilket er en forringelse for borgerne. <u>2. Flytning af urologisk udefunktion fra Hvidovre Hospital til Bispebjerg Hospital:</u> Ønsker, at udefunktionen fastholdes på Hvidovre Hospital af hensyn til Dragør-borgeres transporttid i forbindelse med behandling. Der er markant længere transporttid fra Amager til Bispebjerg Hospital, end der er til Hvidovre Hospital.	Ad 1: Høringssvaret om længere transport for borgere indgår i den videre planlægning. Ændringsforslaget omfatter, at patienter som behandles på en neurologisk afdeling fremadrettet også tilknyttes denne afdeling ift. rehabilitering. Forslaget vil således medføre, at patienter som i dag flyttes væk fra den neurologiske afdeling mhp. rehabilitering, fremadrettet ikke skal flyttes. Ad 2: Høringssvaret om længere transport for borgere indgår i den videre planlægning.
	Fredensborg Kommune	<u>1. Ændringer på øjenområdet</u> Støtter forslaget om at flytte øjenområdet fra Nordsjællands Hospital Hillerød til Glostrup Hospital, selvom det vil betyde længere transport for borgere i Fredensborg Kommune.	Ad 1: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.

		2. Ændringer indenfor apopleksien Støtter ligeledes forslaget om at skabe bedre sammenhæng og optimere patientbehandlingen for borgere med apopleksi ved at sikre, at hospitalsbehandling og efterfølgende rehabilitering foregår i neurologisk regi under samme indlæggelse. I forhold til forslaget om at samle apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger, kan det kun være til gavn for borgerne, at de undgår flytning mellem forskellige hospitaler, men blot skal overgå til anden medicinsk afdeling på samme hospital.	Ad 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	Frederiksberg Kommune	1. Fødselsområdet Det er Kommunens opfattelse, at fritvalgsindtaget generelt på Rigshospitalet ikke må begrænse familierne på Frederiksberg i fortsat at have mulighed for at føde på Rigshospitalet. I dag har den tidligere udskrivning betydet, at mor og barn må bevæge sig frem og tilbage til hospitalet for diverse ambulante besøg. For mange kommende nybagte familier er nærhed til hospitalet en vigtig del af at få en god start, og de fleste familier har brug for fred og ro tæt på eget hjem. 2. Apopleksiområdet Kommunen anerkender positivt regionen for at samle hele apopleksiforløbet på Bispebjerg Hospital, da det vil være med til styrke det samlede patient-/borgerforløb for denne borgergruppe.	Ad 1: Høringssvaret om frit valg for fødende kvinder indgår i den videre planlægning. Frit valg gælder altid for alle fødende kvinder. Dog kan en hospitalsafdeling lukke for modtagelse af patienter, hvis afdelingen har væsentlig længere ventetid end lignende hospitalsafdelinger. Hvis mange fødende via frit valg vælger at føde på Rigshospitalet, kan den obstetriske afdeling i perioder med mange frit valgs henvendelser komme i den situation, at nogle frit valgs henvendelser vil blive afvist. Ad 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	Gladsaxe Kommune	Har ingen bemærkninger.	
	Glostrup Kommune	Har ingen bemærkninger.	
	Høje-Taastrup Kommune	Kommune tilslutter sig revisionen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020. Vurderer dog, at der er et opmærksomhedspunkt i forhold til at ændre optageområdet inden for obstetrikken, idet der på nuværende tidspunkt er etableret forskellige former for samarbejde mellem Høje-Taastrup Kommune og jordemødre fra Herlev Hospital.	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. I planlægning af optageområde flytningen indgår, at de eksisterende jordemoderkonsultationer skal bibeholdes, og at

		Herlev Hospital har pt. en jordemoderkonsultation på Dorphs Allé i Taastrup, hvorfra kommunens sundhedspleje får henvist gravide til graviditetsbesøg. Kommunen ønsker at bibeholde et samarbejde med jordemødre vedrørende henvisninger, idet de muliggør forebyggende graviditetsbesøg, som kan have afgørende betydning i en kommune som Høje-Taastrup, hvor der en høj andel af unge gravide og socialt udsatte. Hvis Hospitals- og Psykiatriplan revideres, ønsker kommunen, at samarbejdet kan fortsætte i sin nuværende form med jordemødre fra Hvidovre Hospital. Hvis ændringerne træder i kraft, ønsker kommune, at der er mulighed for at tilknytte jordemødre fra Hvidovre Hospital.	der i kommuner, hvor afstanden øges til det primære fødested skal etableres jordemoderkonsultation, eksempelvis i Egedal Kommune. Bemærkning om muligheden for at tilknytte jordemødre fra Hvidovre Hospital indgår i den videre planlægning.
	Københavns Kommune	<u>1. Vedr. obstetrikområdet</u> Vurderer at flytning af bydelene Vanløse og Bispebjerg fra Hvidovre til Herlev ikke vil ændre på kvaliteten, men at borgerne fra Vanløse og Bispebjerg vil få længere til behandling – herunder længere til opfølgning på undersøgelser. Anbefaler at man gør brug af udvidet frit valg, så kvinder kan vælge et forløb på Hvidovre, herunder især kvinder, der tidligere har født på Hvidovre. <u>2. Vedr. apopleksi</u> De foreslåede ændringer betyder en samling af sengepladser for apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger. Det betyder længere afstand for at få behandling på en specialiseret afdeling men til gengæld forbedret kvalitet, hvilket kommunen støtter. <u>3. Urologi</u> Vurderer at flytningen fra Hvidovre til Bispebjerg ikke har betydning for kvaliteten, men borgere fra den sydlige del af byen til få længere til	Ad. 1: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Bemærkning om længere transport og frit valg indgår i den videre planlægning. Frit valg gælder altid for alle fødende kvinder. Dog kan en hospitalsafdeling lukke for modtagelse af patienter, hvis afdelingen har væsentlig længere ventetid end lignende hospitalsafdelinger. Hvis mange fødende via frit valg vælger at føde på Hvidovre Hospital, kan den obstetriske afdeling i perioder med mange frit valgs henvendelser komme i den situation, at nogle frit valgs henvendelser vil blive afvist. Ad 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Bemærkning om længere transport indgår i den videre planlægning.

		behandling.	Ad 3: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Bemærkning om længere transport indgår i den videre planlægning.
	Lyngby-Taarbæk Kommune	1. Vedrører obstetrikken hvor Lyngby-Taarbæk Kommune flyttes fra Herlev Hospital til Nordsjællands Hospital - Hillerød Kommunen har forståelse for, at ressourcerne bruges bedst muligt på tværs af planområderne, men ændringerne vil være en serviceforringelse for kommunens borgere på grund af den øgede afstand til hospitalet. Finder det positivt, at Nordsjællands Hospital har tilbudt at lave fremskudt jordemoderkonsultation. Til imødekommelse af serviceforringelserne for borgerne i kommunen er det forventningen, at der laves en egentlig jordemoderklinik med udvidede åbningstider. Med de øgede afstande er det ligeledes kommunens forventning, at borgere ikke sendes hjem, når de første gang er taget til Nordsjællands Hospital i forbindelse med selve fødslen. 2. Vedr. samordningsudvalg I forhold til det lette og strukturerede samarbejde mellem kommuner og hospitaler er det beklageligt, at enkelte specialer flytter planområder. For at sikre fortsat gode og sammenhængende forløb for borgerne på tværs af hospitaler og kommuner, bør samarbejdsstrukturen i samordningsudvalg fastholdes mest muligt.	Ad 1: Høringssvaret om serviceforringelse indgår i den videre planlægning. Den positive tilkendegivelse om regionens tilbud om fremskudt jordemoderkonsultation understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 2: Høringssvaret handler ikke direkte om ændringsforslagene. Høringssvaret indgår i det videre arbejde med at sikre samarbejde på tværs af region/hospitaler og kommuner.
	Tårnby Kommune	Finder det positivt, at apopleksirehabiliteringen samles på de neurologiske afdelinger men ønsker afklaring af, om flytningen mellem medicinske afdelinger vil påvirke den kommunale medfinansiering negativt.	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Det er administrationens vurdering, at den

			kommunale medfinansiering ikke påvirkes af ændringsforslaget. Høringssvaret indgår i den videre planlægning.
4	**Faglige organisationer**		
	Dansk Sygeplejeråd, Kreds Hovedstaden	Er overordnet enig i målsætningerne i Hopp 2020 og den udvikling, som sundhedsvæsenet skal gennemgå nu og i fremtiden. <u>1. Vedr. obstetrikken</u> Er bekymrede for de bebudede forandringer i forhold til henvisning af fødende kvinder, og tager faglige forbehold for, hvorvidt det er den rigtige vej at gå. Dette vil betyde en overbelastning for de berørte afdelinger. Det vil medføre et yderligere arbejdspres for medarbejderne og det må derfor forventes, at der tilføres de nødvendige ressourcer, så den øgede aktivitet kan imødekommes. Et øget indtag vil også påvirke den kvalitet, som kan tilbydes patienterne. Og det må forventes at have negative konsekvenser for genindlæggelser af spædbørn, som ifølge Sundhedsstyrelsen nyeste tal er stigende. Det er de også i Region Hovedstaden, på trods af en øget fokus på området. Dette indikerer klart, at der er behov for en mere målrettet indsats for nyfødte og deres forældre. Mener at der er behov for en overordnet gennemgang af hele svangre-området i hele regionen, og opfordrer hermed regionen til at løfte opgaven omkring udviklingen af svangre-området i regionen. <u>2. Vedr. økonomi</u> Er alvorligt bekymrede for de konsekvenser, som økonomiaftalen kan få for medarbejderne på regionens hospitaler. Ønsker på det kraftigste at advare regionen mod at hente besparelser på medarbejdere – herunder ved ikke at besætte vakante stillinger.	Ad 1: Høringssvaret indgår i den videre planlægning. Det bemærkes endvidere, at ændringer i opgavevaretagelsen mellem regionens hospitaler, eksempelvis optageområde flytninger, altid vil medføre, at der også flyttes tilsvarende økonomi mellem regionens hospitaler. Ad 2: Høringssvaret handler ikke direkte om ændringsforslagene og indarbejdes ikke.
	Ergoterapeut-foreningen	I dag bliver de borgere som er indlagt på områdehospitalerne overflyttet til nærhospitalerne, når de er neurologisk afklarede. Dette er	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.

		for borgerne et fremskridt, hvis de kun er indlagt på et hospital før de bliver udskrevet til videre kommunal genoptræning. Det har uheldige konsekvenser bl.a. funktionstab, når der sker skift i patienters forløb og de bliver nødt til at gennemføre genoptræningen og anden rehabilitering med nye ergoterapeuter og fysioterapeuter. Forslaget forudsætter, at der på de neurologiske afdelinger er de nødvendige personaleressourcer. Foreningen håber ikke, at omstruktureringen vil medføre, at patienter bliver overflyttet til forskellige, ikke neurologiske, medicinske afdelinger på områdehospitalerne. Desuden kunne en screening/vurdering af de kognitive funktioner hos de apopleksipatienter, som hurtigt bliver udskrevet, være med til at undgå et uheldigt efterforløb.	
	Lægeforeningen Hovedstaden	<u>1. Flytning af aktivitet på øjenområdet fra Nordsjællands Hospital (Hillerød) til Glostrup Hospital:</u> Det er opfattelsen, at den forøgede aktivitet og Øjenafdelingens størrelse på Glostrup Hospital har en negativ konsekvens for de uddannelsessøgende læger, idet der ikke er tid og ressourcer til at sørge for ordentlig supervision for lægerne. <u>2. Optageområdeændringen inden for obstetrikken</u> Finder at de ændrede optageområder giver god mening, og at det vil få en positiv effekt på videreuddannelsen inden for obstetrikken i Herlev og Hillerød. <u>3. Samling af apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger</u> Finder at det giver god mening at samle de reumatologiske/neurologiske sengepladser på Bispebjerg, Glostrup og Herlev Hospitaler.	Ad 1: Høringssvaret tages til efterretning. Forslaget drejer sig om ca. 70-80 operationer pr. år. Glostrup Hospital vil blive tilført ressourcer svarende til den øgede aktivitet. Forslaget vurderes derfor ikke at have negative konsekvenser for de uddannelsessøgende læger, det er derimod vurderingen, at samlingen af funktion på Glostrup Hospital vil understøtte, at uddannelsessøgende læger får mulighed for at lære at varetage funktionen qua det øgede volumen. Ad 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 3: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	Jordemoder-	Anerkender at det kan være nødvendigt at ændre på optageområder	Den positive tilkendegivelse understøtter

	foreningen	som følge af en skæv fordeling af kapaciteten hospitalerne imellem og finder det glædeligt at det neonatologiske optageområde følger det obstetriske. Er bekymrede over de potentielle økonomiske konsekvenser, der kan følge af omstruktureringen. Indstiller derfor at en ændring af optageområderne følger den forventede fysiske kapacitet for et fødested.	implementeringen af ændringsforslaget. Bemærkning om de potentielle økonomiske konsekvenser indgår i den videre planlægning.
5	**Hospitaler** (interne)		
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler/V-MED	<u>1. Apopleksirehabilitering</u> Støtter forslaget om en samling af apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger, idet det vil styrke en ensartet høj faglig kvalitet gennem tilstedeværelse af neurologiske speciallægekompetencer samt mere sammenhængende og effektive forløb. VirksomhedsMED-udvalget har forholdt sig til det lokale høringsvar fra Reumatologisk afdeling på Frederiksberg matriklen. Udvalget har stor anerkendelse for den behandlingskvalitet reumatologisk afdeling aktuelt yder indenfor apopleksirehabilitering, men vurderer at fordelene ved en samling for såvel den organisatoriske, den faglig og den patientoplevede kvalitet opvejer det lokale MED udvalgs bekymringer. <u>2. Flytning af urologisk udefunktion til Bispebjerg Hospital</u> Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler har siden vedtagelse af Hospitals– og Psykiatriplan 2020, ønsket en bredere kirurgisk profil gennem fastholdelse af urologien på hospitalet. Der er allerede et tæt samarbejde mellem kirurgien på Bispebjerg matriklen, urologien på Frederiksberg matriklen og Rigshospitalet. VirksomhedsMED-udvalget ser derfor meget positivt på, at dette gennem en justering i HOPP 2020 fastholdes.	Ad 1: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	Gentofte	<u>1. Om flytning af apopleksirehabilitering til Herlev Hospital</u>	Ad 1: Den positive tilkendegivelse understøtter

	Hospital/V-MED	Fagligt set giver det god mening at flytte apopleksirehabilitering fra Gentofte Hospital til Herlev Hospital, så patienter fra Gentoftes optageområde får et samlet indlæggelsesforløb på Herlev Hospital. 2. Vedr. ortopædkirurgi Det er i HOPP 2020 fastlagt, at Gentofte Hospital er regionens udviklingshospital for rationelt planlagt kirurgi. Derfor vil hospitalet fastholde deres tidligere forslag om, at HOPP 2020-planerne om afvikling af somatikken på Frederiksberg-matriklen fremskyndes, og at Gentofte Hospital overtager en del af den elektive ortopædkirurgi. Forslaget er at flytte den ortopædkirurgiske aktivitet fra Frederiksberg Hospital til henholdsvis Bispebjerg og Gentofte Hospitaler. Dette vil konsolidere ortopædkirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital, svarende til de øvrige akuthospitaler, og styrke Gentofte Hospitals udviklingsfunktion inden for ortopædkirurgi. Antallet af behandlingssteder i regionen reduceres for at konsolidere det ortopædkirurgiske speciale.	implementeringen af ændringsforslaget. Ad 2: Høringssvaret handler ikke direkte om ændringsforslagene og indarbejdes ikke. Det indgår overordnet i den videre planlægning.
	Glostrup Hospital /V-MED	Forslag til ændringer til Hospitals- og Psykiatriplan 2020 har været sendt i høring i de berørte afdelingers lokale MED-udvalg. Tilbagemeldingerne har alle været positive, og hospitalet kan derfor tilslutte sig ændringsforslagene og har ingen indsigelser.	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	Herlev Hospital	Hospitalet kan generelt tilslutte sig de foreslåede ændringer i HOPP 2020 med henvisning til, at tiltagene vil understøtte større sammenhæng og optimering af patientforløbene internt og på tværs af hospitalerne. 1. Forslaget om optageområdeændring indenfor obstetrikken Er enig i, at optageområdet for pædiatri ændres til at følge obstetrikken, så der fortsat sikres ens optageområde for obstetrik og pædiatri ifm. fødselsforløb. 2. Forslag om samling af apopleksirehabiliteringen på de neurologiske afdelinger Er tilsvarende enig i, at det samlede patientforløb for apopleksipatienter	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 1: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.

		fagligt og kvalitetsmæssigt styrkes herved – hvilket for planlægningsområde Midt medfører, at den hospitalsforankrede rehabilitering flyttes fra Gentofte Hospital til Herlev Hospital.	
	Nordsjællands Hospital	1. Samling af apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger Bifalder forslaget om at gøre apopleksirehabiliteringen til en del af de neurologiske afdelinger på én og samme matrikel – med henblik på at optimere og skabe bedre sammenhæng i patientbehandlingen. 2. Ændringer af optageområde inden for obstetrikken, herunder at Lyngby-Taarbæk og Egedal kommuner flyttes fra Herlev Hospital til Nordsjællands Hospital – Hillerød Støtter forslaget om optageområde ændringen, som betyder, at borgere fra Egedal og Lyngby-Taarbæk flyttes fra Herlev Hospital til Nordsjællands Hospital indenfor obstetrikken og neonatologi. Nordsjællands Hospital får herved det nødvendige løft i antallet af fødsler og den tilhørende neonatologiske aktivitet. Det er dog vurderingen, at der er væsentlige udfordringer i, at specialerne Obstetrik, Gynækologi og Pædiatri ikke følges ad i denne rokade. Der er adskillige patientforløb, som går på tværs af specialerne, hvor det ville være mest hensigtsmæssigt for alle parter at høre til samme hospital – eksempelvis fra gynækologien til fertilitetsbehandling, skader opstået under fødslen (som efterfølgende skal følges i fælles obstetrisk, gynækologisk og urogynækologisk regi) og ved mistanke om genetiske sygdomme, fx syndromer som Downs syndrom, vil der også blive et udredningsforløb i neuropædiatrien. Det er vurderingen, at der ikke knytter sig væsentlige udfordringer til afstanden mellem yderkommunerne og hospitalets beliggenhed. Der er ikke markant forskel i afstanden fra fx Lyngby-Taarbæk til Nordsjællands Hospital i Hillerød og afstanden mellem Helsingør eller Frederikssund og Hillerød Hospital. Endvidere er der for gravide i Lyngby-Taarbæk kommune mulighed for jordemoderkonsultation i Lyngby. Hospitalet vil undersøge behovet for jordemoderkonsultation i Egedal,	Ad 1: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Bemærkninger om sammenhæng mellem specialerne pædiatri, obstetrik og gynækologi indgår i den videre planlægning.

		således at jordemoderkonsultationerne kan foregå i nærmiljøet. I beslutningsoplægget til ændringen af HOPP2020 fremgår det netop, at denne rokade har den fordel, at pædiatri, gynækologi og obstetrik fortsat bevares sammen i planlægningsområde Syd. Dette ønsker hospitalet som sagt også skal være tilfældet i Nord. Et af argumenterne for ikke at lade gynækologi og pædiatri følges med obstetrik og neonatalogi i denne omgang er, at Region Hovedstaden ønsker at fastholde den overordnede opdeling i HOPP 2020 med de fire planlægningsområder. Det er for så vidt et godt udgangspunkt, men konsekvensen er samtidig, at patienter fra samme kommune visiteres til forskellige hospitaler alt afhængig af speciale. Endvidere adskiller de tre specialer sig allerede, idet optageområdet i Nord for pædiatri, gynækologi og obstetrik også dækker patienter fra Rudersdal og Furesø, og dermed afviger områderne fra det oprindelige optageområde i Nord. Hospitalet ser frem til at modtage den obstetriske og neonatale aktivitet fra kommunerne Lyngby-Taarbæk og Egedal. Men på baggrund af ovenstående vil det for patienter, primærsektor og de enkelte hospitaler være mest hensigtsmæssigt, at gynækologi, pædiatri og obstetrik fastholdes sammen, som det har været tilfældet indtil nu.	
	Hvidovre og Amager Hospitaler/V-MED	<u>1. Apopleksirehabilitering</u> Har som udgangspunkt ikke bemærkninger til forslaget om at overføre Apopleksirehabiliteringsafsnittet på Amager Hospital til Glostrup Hospital, idet det erkendes, at det vil medføre forbedret faglig kvalitet for patienterne LMU på Medicinsk Afdeling, Amager Hospital har heller ikke bemærkninger til flytningen, men peger på problemet med manglende neurologisk tilsyn på Amager Hospital og foreslår, at der etableres et neurologisk ambulatorium for apopleksipatienter på Amager Hospital. Direktionen for det samlede Amager og Hvidovre Hospital vil således klart prioritere en styrkelse af det neurologiske tilbud på Hvidovre	Ad 1: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Forslaget om etablering af et neurologisk ambulatorium på Amager Hospital indarbejdes ikke, men tages til efterretning. Bemærkningen understøtter, at overvejelser om organiseringen af neurologisk tilsyn i regionen indgår i den videre planlægning.

		Hospital, frem for en bibeholdelse af et neurologisk ambulatorium på Amager Hospital. Dette med baggrund i, at de mest belastede patienter, herunder patienter med størst behov for neurologisk bistand er indlagt på Hvidovre Hospital. 2. Obstetrik Med hensyn til forslaget om at ændre optageområderne på det gynækologisk-obstetriske område har det længe været et ønske at få normaliseret optageområdet på Vestegnen. Kan derfor kun støtte det foreliggende forslag.	Ad. 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	SFR (interne)		
	Anæstesiologi	Har ingen bemærkninger.	
	Hæmatologi	Har ingen bemærkninger.	
	Kirurgi	Har ingen bemærkninger.	
	Klinisk Biokemi	Har ingen bemærkninger.	
	Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin	Har ingen bemærkninger.	
	Klinisk Onkologi	Har ingen bemærkninger.	
	Klinisk Radiologi	Har ingen bemærkninger.	
	Lungesygdomme	Har ingen bemærkninger.	
	Neurologi og Klinisk Neurofysiologi	Kan fuldt ud tilslutte sig forslaget om at samle apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger, da det svarer til det ændringsforslag vedr. HOPP 2020 som SFR NKN fremsendte i november 2013.	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	Oftalmologi	Støtter de foreslåede ændringer på øjenområdet og har i øvrigt ingen kommentarer til den årlige revision af Hospitals- og psykiatriplan 2020.	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	Oto-Rhino-Laryngologi inkl.	Har ingen bemærkninger.	

	audiologi		
	Urologi	Bifalder forslag om flytning af urologisk udefunktion fra Hvidovre Hospital til Bispebjerg & Frederiksberg Hospital - Frederiksberg. Har ingen kommentarer til de øvrige forslag i høringsmaterialet.	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	Øvrige interne		
	MED-udvalget, Reumatologisk Afdeling H, BBH/FRH	En samling af apopleksirehabiliteringen på neurologisk afdeling på Bispebjerg Hospital, og dermed en fraflytning af apopleksirehabiliteringen fra afsnit H 5 Frederiksberg Hospital, vil have en række uhensigtsmæssigheder og en række fordele. Uhensigtsmæssigheder er blandt andet, at Frederiksberg Hospital allerede har en veldefineret, afgrænset apopleksifunktion, hvor patienterne tilses dagligt, undtagende i weekenderne, af en speciallæge, der er enerum etc. Fordele er blandt andet, at der vil være mulighed for større faglig og tværfaglig sparring blandt medarbejderne, og bedre backup ved sygdom og andet fravær, højere grad af tilstedeværelse af speciallæger i weekender og vagter samt nemmere adgang til scanner ved forværring af patientens tilstand og ingen transport til anden matrikel.	Høringssvar med angivelse af fordele og ulemper ved samling af apopleksirehabilitering indgår i den videre planlægning.
	V-MED hospitalerne i planlægnings.-område Nord	<u>1. Flytning af aktivitet på øjenområdet</u> Hilser med tilfredshed at man vil flytte aktivitet på øjenområdet fra Nordsjællands Hospital til Glostrup Hospital, fordi det vil medvirke til at øge den fysiske kapacitet på Nordsjællands Hospital – Hillerød. <u>2. Optageområde ændring inden for obstetrikken</u> Konstaterer med tilfredshed, at der med forslaget sker en ændring af optageområdet for gravide, således at kvinder bosiddende i Lyngby-Taarbæk og Egedal kommuner fremadrettet henvises til Nordsjællands Hospital ved fødsel. <u>3. Samling af apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger</u> Er tilfreds med forslaget, og for Nordsjællands Hospitals vedkommende bevares apopleksirehabiliteringen under Neurologisk	Ad 1: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 2: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget. Ad 3: Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.

		Afdeling i Afsnit for Neurorehabilitering på matriklen i Frederikssund. <u>4. Flytning af urologisk udefunktion fra Hvidovre til Bispebjerg</u> Har ingen kommentarer til dette forslag.	
	LMU, Medicinsk Afdeling, Amager Hospital	Forslaget indebærer flytning af apopleksirehabilitering fra Amager Hospital til Glostrup Hospital. Vil gerne udtrykke bekymring for forslaget. Gennemførelse af dette forslag vil have den konsekvens, at alt personale med neurologisk viden herunder apopleksi vil flyttes fra hospitalet. Det betyder, at der ikke vil være den samme mulighed for behandling af de patienter, der indlægges med andre medicinske lidelser, men som også har en apopleksi eller anden neurologisk lidelse.	Høringssvaret indgår i den videre planlægning. Nærhedsprincippet er et vigtigt og centralt element i regionens sundhedsplanlægning, men hvis der kan sikres en øget fagligt kvalitet ved at samle funktioner, vil nærhedsprincippet træde i anden række.
	Juliane Marie Centret, Rigshospitalet	Optageområdeændring inden for obstetrikken. På Rigshospitalet kommer flytningen af fødsler især til at påvirke Obstetrisk Klinik, men også Neonatalklinikken og i mindre grad Anæstesi- og operationsklinikken vil opleve ændringer som følge af det faldende fødselstal. Skal bemærke at det med den forestående reduktion med 1.200 fødsler vil være fuldt forsvarligt at varetage den højt specialiserede aktivitet inden for obstetrik og neonatalogi. En forudsætning er dog, at klinikkernes vagtlag bibeholdes, samt at klinikkernes personale- og driftsbudgetter udelukkende tilpasses på de områder, hvor det giver mening at reducere forholdsmæssigt med fødselsnedgangen. Obstetrisk Klinik er allerede i gang med at reducere fødselstallet.	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.
	Regionsældreråd Hovedstaden v/ Axel Mossin,	Mener at samlingen af apopleksi rehabilitering på de neurologiske afdelinger er en forbedring. Det betyder, at patienterne under et behandlings- og rehabiliteringsforløb i hospitalsregi ikke skal flytte	Den positive tilkendegivelse understøtter implementeringen af ændringsforslaget.

	formand	afdeling. Tager de øvrige ændringsforslag til orientering.	
	Øvrige eksterne		
	Seniorrådet i Ballerup Kommune	I betragtning af at høringsperioden går fra 9. april til 11. juni er det særdeles problematisk, at Seniorrådet i Ballerup først har modtaget ændringsforslagene med en mail fra Axel Mossin (formand for Regionsældrerådet) den 25. maj! Stillingtagen til ændringsforslagene forudsætter en del faglig indsigt, som man ikke kan forvente er tilstede i et Seniorråd bestående af almindelige borgere. På grund af ovenstående ser Seniorrådet i Ballerup sig ikke i stand til at forholde sig seriøst til alle ændringsforslagene til Hospitals- og Psykiatriplanen. Hermed har man så reelt sat den demokratiske idé bag høringsprocessen ud af kraft. Rådet undrer sig over, at regionen på nuværende tidspunkt flytter rundt på nogle af specialerne samtidig med, at man er ved at udbygge hospitalskapaciteten. <u>1. Afstande for borgere</u> En del borgere vil opleve større afstande til behandlingsmuligheder. F.eks. skal borgere fra Vanløse og Bispebjerg i nogle tilfælde til Herlev, hvor Hvidovre ville have været tættere på, og borgere fra Frederiksberg skal til Herlev. Hvor er nærhedsprincippet i dette? <u>2. Apopleksi</u> Det er positivt at samle apopleksirehabilitering på de neurologiske afdelinger og til gavn for hele regionen. Rådet er naturligvis klar over, at det er nødvendigt at centralisere tunge specialer som f.eks. kræftbehandling på få afdelinger men vil opfordre til, at man i højere grad indtænker nærhedsprincippet, når man fremover fordeler specialer mellem hospitalerne, specielt af hensyn til de ældre patienter og deres	Bemærkning om sen modtagelse af høringsforslag tages til efterretning – dog skal det understreges, at ansvar for videreformidling af høringsmateriale inden for en organisation ligger hos hovedmodtageren i den pågældende organisation. Bemærkning om specialeændringer ift. hospitalskapaciteten indarbejdes ikke. Ad 1: Høringssvaret indgår i den videre planlægning. Nærhedsprincippet er et vigtigt og centralt element i regionens sundhedsplanlægning, men hvis der kan sikres en øget fagligt kvalitet ved at samle funktioner, vil nærhedsprincippet træde i anden række. Ad 2: Høringssvaret indgår i den videre planlægning. Nærhedsprincippet er et vigtigt og centralt element i regionens sundhedsplanlægning, men hvis der kan sikres en øget fagligt kvalitet ved at samle funktioner, vil nærhedsprincippet træde i anden række.

		pårørende.	
	Private borgere		
	Leif Haak, Kastrup	Vurderer at Amager Hospital er glemt i forslag til ændringer af Hospitals og Psykiatriplan 2020. Amager har 200.000 borgere. Amager har problemer med myldretid fra 6.30 -10.00 og 14.30-17.00, hvor trafikken brænder sammen. Ambulancer vil have svært ved at komme frem til nærmeste Akut sygehus i København. Denne problematik havde man løst i 2007 med et velfungerende hospital. Det er vigtigt, at Region Hovedstaden går i gang med planlægning af et nyt hospital på Amager med universitetsfunktioner. Amager mangler i befolkningstal 50.000 før de bliver berettiget til et Akut hospitals status for Amager.	Høringssvaret indgår i den videre planlægning. Nærhedsprincippet er et vigtigt og centralt element i regionens sundhedsplanlægning, men hvis der kan sikres en øget fagligt kvalitet ved at samle funktioner, vil nærhedsprincippet træde i anden række.

Punkt nr. 6 - Beslutningssag: Mødeplan for udvalgene i 2015
Bilag 1 - Side -1 af 2

Udkast til mødeplan for udvalgene for 2015

Udvalg	SUNDHEDSUDVALGET	KRÆFTUDVALGET
Dato og klokkeslæt	13-01-2015, kl. 13 - 15	13-01-2015, kl. 15.15 -17.15
	17-02-2015, kl. 13 - 15	17-02-2015, kl. 15.15 -17.15
	17-03-2015, kl. 13 - 15	17-03-2015, kl. 15.15 -17.15
	28-04-2015, kl. 13 - 15	28-04-2015, kl. 15.15 -17.15
	26-05-2015, kl. 13 - 15	26-05-2015, kl. 15.15 -17.15
Dato reserveret !!	22-06-2015, kl. 13 - 15	22-06-2015, kl. 15.15 -17.15
	01-09-2015, kl. 13 - 15	01-09-2015, kl. 15.15 -17.15
	29-09-2015, kl. 13 - 15	29-09-2015, kl. 15.15 -17.15
	28-10-2015, kl. 13 - 15	28-10-2015, kl. 15.15 -17.15
	24-11-2015, kl. 13 - 15	24-11-2015, kl. 15.15 -17.15

Udvalg	IT- & AFBUREAU-KRATISERINGSUDVALGET	MILJØ- & TRAFIKUDVALGET
Dato og klokkeslæt	20-01-2015, kl. 15 - 17	20-01-2015, kl. 17.15 - 19.15
	24-02-2015, kl. 19.30 - 21.30	24-02-2015, kl. 17.15 - 19.15
	24-03-2015, kl. 15 - 17	24-03-2015, kl. 17.15 - 19.15
	05-05-2015, kl. 19.30 - 21.30	05-05-2015, kl. 17.15 - 19.15
	02-06-2015, kl. 15 - 17	02-06-2015, kl. 17.15 - 19.15
Dato reserveret!!	24-06-2015, kl. 19.30 - 21.30	24-06-2015, kl. 17.15 - 19.15
	08-09-2015, kl. 15 - 17	08-09-2015, kl. 17.15 - 19.15
	06-10-2015, kl. 19.30 - 21.30	06-10-2015, kl. 17.15 - 19.15
	03-11-2015, kl. 15 - 17	03-11-2015, kl. 17.15 - 19.15
	01-12-2015, kl. 19.30 - 21.30	01-12-2015, kl. 17.15 - 19.15

PSYKIATRIUDVALGET	TVÆRSEKTORIELT UDVALG
13-01-2015, kl. 17.30 -19.30	13-01-2015, kl. 19.45 - 21.45
17-02-2015, kl. 17.30 -19.30	17-02-2015, kl. 19.45 - 21.45
17-03-2015, kl. 17.30 -19.30	17-03-2015, kl.19.45 - 21.45
28-04-2015, kl. 17.30 -19.30	28-04-2015, kl. 19.45 - 21.45
26-05-2015, kl. 17.30 -19.30	26-05-2015, kl. 19.45 - 21.45
22-06-2015, kl. 17.30 -19.30	22-06-2015, kl. 19.45 - 21.45
01-09-2015, kl. 17.30 -19.30	01-09-2015, kl. 19.45 - 21.45
29-09-2015, kl. 17.30 -19.30	29-09-2015, kl. 19.45 - 21.45
28-10-2015, kl. 17.30 -19.30	28-10-2015, kl. 19.45 - 21.45
24-11-2015, kl. 17.30 -19.30	24-11-2015, kl. 19.45 - 21.45

ERHVERVS- & VÆKSTUDVALGET
20-01-2015, kl. 19.30 - 21.30
24-02-2015, kl. 15 - 17
24-03-2015, kl. 19.30 - 21.30
05-05-2015, kl. 15 - 17
02-06-2015, kl. 19.30 - 21.30
24-06-2015, kl. 15 - 17
08-09-2015, kl. 19.30 - 21.30
06-10-2015, kl. 15 - 17
03-11-2015, kl. 19.30 - 21.30
01-12-2015, kl. 15 - 17

Sundhedsstyrelsen
Danish Health and Medicines Authority

N o t a t

Sundhedsstyrelsens kommentarer til monitorering af hjertepakker 1. kvartal 2014

13. juni 2014

Sagsnr. 4-1611-52/1/
Reference DABP
T 7222 7645
E syb@sst.dk

Resumé

Nærværende notat indeholder Sundhedsstyrelsens kommentarer til data for den nationale monitorering af hjerteområdet for 1. kvartal 2014. Monitoreringen gør det muligt at sammenligne mellem de enkelte pakkeforløb og de enkelte regioner.

Opgørelsen tager udgangspunkt i standardforløbstider. Forløbstiderne i de enkelte pakkeforløb er opstillet som faglige rettesnore for standardforløbet. Konkrete forhold som f.eks. anden betydende sygdom (komorbiditet) eller særligt kompliceret sygdomsforløb kan betyde, at forløbstiden for den enkelte patient vil afvige fra standardforløbstiden, og det vil af samme grund heller ikke kunne forventes, at en monitorering vil vise overholdelse af standardforløbstiderne for alle patienter i alle pakkeforløb.

I alt 6.105 patienter har været under udredning i et hjertepakkeforløb i 1. kvartal 2014, hvilket er en lille stigning i forhold til 4. kvartal 2013. Sundhedsstyrelsen finder det tilfredsstillende, at flere patienter kommer i et pakkeforløb.

Styrelsen finder det endvidere tilfredsstillende, at en del forløb gennemføres inden for standardforløbstiden, men skal gøre opmærksom på, at der er pakkeforløb, for hvilke andelen af gennemførte patientforløb inden for standardforløbstiden er lav.

Ved få registrerede forløb vil selv mindre forskelle få forholdsmæssig stor betydning på procent-andele, hvorfor det ved indførelsen af monitoreringsmodellen er vedtaget, at Sundhedsstyrelsen ikke kommenterer på pakkeforløb med under 10 registrerede patientforløb.

Sundhedsstyrelsen vælger normalt at fokusere på de forløb, der ligger under den ”nationale 1. kvartil”.

Den ”nationale 1. kvartil” afgrænser den fjerdedel af pakkeforløbene, der har den laveste andel af patientforløb, der er gennemført inden for standardforløbstid. For 1. kvartal 2014 var den nationale 1. kvartil på 36%. Det betyder, at standardforløbstiden blev overholdt i op til 36% af tilfældene for den fjerdedel af de målte pakkeforløbsindikatorer, der havde den laveste andel af forløb gen-

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Denmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

nemført inden for standardforløbstiden. Med 20 hovedindikatorer (4 indikatorer i 5 regioner) drejer det sig om 5 forløb.

For 1. kvartal 2014 er det dog vanskeligt at fokusere på netop disse 5 forløb, fordi 3 af dem har så få patientforløb (<10), at der ikke bliver udregnet andele gennemførte forløb inden for standardforløbstid..

Generelt

Antal af patienter i forløb
Mange patienter påbegynder pakkeforløb, men afslutter dem med medicinsk behandling eller helt uden behandling. Derfor drejer det sig om forholdsvis få forløb, der gennemgår hele pakken. Blandt dem, der bliver behandlet for stabil eller ustabil angina pectoris/NSTEMI, sker behandlingen i mange tilfælde under udredning.

Derudover får en del patienter ligeledes foretaget undersøgelser og behandling af hjertesygdomme uden om pakkeforløb.

Ved sammenligning med tidligere kvartalsopgørelser tages udgangspunkt i stationære dataopgørelser som alene medtager de patientforløb, som har registreret "pakkeforløb start" og "invasiv behandling start" eller 'diagnose bekræftet' på opgørelsestidspunktet. Efterjusterede dynamiske data vil i mange tilfælde betyde ændringer sammenlignet med de tidligere kvartalsopgørelser bl.a. fordi flere lange patientforløb medtages.

Udvalgte indikatorer
Sundhedsstyrelsen kommenterer som udgangspunkt hovedindikatoren for pakkerne, dvs. standardforløbstid "fra henvisning modtaget til start på invasiv behandling". Pga. hjertepakkernes opbygning er der fire hovedindikatorer:

For Stabil angina pectoris:
- Tid fra "pakkeforløb start" til "invasiv behandling start" (indikator SF4)

For Ustabil angina pectoris:
- Tid fra "pakkeforløb start" til "diagnose bekræftet" (UF1A)
- Tid fra "beslutning: tilbud om behandling" til "invasiv behandling start" (indikator UF3)

For Hjerteklapsygdom og hjerteinsufficiens:
- Tid fra "pakkeforløb start" til "invasiv behandling start" (HF4)

For at give et retvisende billede af antallet af behandlinger modtager Sundhedsstyrelsen fra Statens Serum Institut derudover data for to udredningsperioder, hvor invasiv behandlinger er foretaget under udredning (For Stabil angina pectoris: indikator SF2A2 og for Ustabil angina pectoris: UF1A2).

Der er ikke fastlagt en national tærskelværdi, for hvilken andel af patientforløbene der bør være gennemført inden for standardforløbstiderne. Det må samtidig antages, at en opgørelse af andelene for de forskellige pakkeforløb ikke vil være normalfordelt (symmetrisk fordelt omkring en middelværdi). Sundheds-

styrelsen har derfor fundet det hensigtsmæssigt at basere sin systematiske kommentering på en opgørelse af data i kvartiler, hvorved datasættet deles i fire lige store mængder.

Som følge af denne opgørelsesmetode vil 1. kvartil per definition afgrænse den fjerdedel af pakkeforløbene, der har den laveste andel af patientforløb, der er gennemført inden for standardforløbstid. I mangel af nationalt fastsat tærskelværdi har Sundhedsstyrelsen valgt at skærpe sine kommentarer på den fjerdedel af pakkeforløbene, der ligger under den 'nationale 1. kvartil'.

Overordnede kommentarer

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at de indrapporterede data tyder på forskelle mellem regionernes registreringspraksis. Antallet af registreringer varierer både fra pakke til pakke og på tværs af regionerne, også udover det forventelige i forhold til befolkningsunderlag. Der er sket ændringer på flere områder fra 4. kvartal 2013 til 1. kvartal 2014, men uden et klart mønster, hvilket tyder på forskelle i registreringspraksis og graden af implementering i regionerne.

Sundhedsstyrelsen bemærker særligt behovet for at sikre bedre registreringspraksis og bedre udnyttelse af hjertepakkerne og vil udbede sig en generel redegørelse for området fra regionerne.

Herefter vil Sundhedsstyrelsen drøfte monitoreringsresultaterne med regionerne på det førstkommende møde i Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Specifikke kommentarer

Stabil angina pectoris

Der er samlet registreret 3.246 forløb, der enten er afsluttet efter udredning med "Diagnose afkræftet" eller med "Beslutning; tilbud om behandling".

Tabel 2.1. Antal forløb i alt og andele forløb gennemført inden for standardforløbstid (12 dage) for indikatoren SF2A2: "Udredningsperiode, invasiv behandling under udredning"

Region	SF2A2: Andele forløb i 4. kvartal 2013 (%)	SF2A2: Antal forløb i 4. kvartal 2013	SF2A2: Andele forløb i 1. kvartal 2014 (%)	SF2A2:Antal forløb i 1. kvartal 2014
Nordjylland	60	25	51	39
Midtjylland	29	41	24	29
Syddanmark	54	26	49	39
Hovedstaden	89	141	94	127
Sjælland	51	73	27	79
Hele landet	66	306	59	313

Ud af alle henvist til pakkeforløb, blev 313 invasivt behandlet under udredning, heraf 59% inden for standard forløbstid.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at Region Sjælland og Region Midtjylland for denne indikator falder under den nationale 1. kvartil, i det det samtidig bemærkes, at Region Midtjylland ligger uændret lavt sammenlignet med foregående kvartal. Sundhedsstyrelsen vil på den baggrund bede de to regioner redgøre for udfordringer på området mhp. drøftelse på førstkommende møde i Task Force for patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Tabel 2.2 Antal forløb i alt og andele forløb gennemført inden for standardforløbstid (35 dage) for indikatoren SF4: "Samlet tid til invasiv behandling"

Region	SF4: Andele forløb i 4. kvartal 2013 (%)	SF4: Antal forløb i 4. kvartal 2013	SF4: Andele forløb i 1. kvartal 2014 (%)	SF4:Antal forløb i 1. kvartal 2014
Nordjylland	50	12	-	9
Midtjylland	39	51	65	37
Syddanmark	32	25	46	28
Hovedstaden	39	23	41	17
Sjælland	54	24	75	20
Hele landet	41	135	59	111

Ud af alle henvist til pakkeforløb gennemførte 111 frem til invasiv behandling, heraf 59% inden for standard forløbstid, hvilket er en fremgang i forhold til 41% i 4. kvartal 2013.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at invasiv behandling kun blev iværksat i en mindre del af forløbene. Hovedparten af forløbene er altså enten afsluttet ved, at diagnosen er afkræftet, eller er afsluttet med medicinsk behandling.

Ustabil angina pectoris

Der er samlet registreret 1.650 forløb, der enten er afsluttet efter udredning med "Diagnose afkræftet" eller med "Beslutning; tilbud om behandling".

Tabel 3.1. Antal forløb i alt og andele forløb gennemført inden for standardforløbstid (2 dage) for indikatoren UF1A2: "Henvisnings- og udredningsperiode, invasiv behandling under udredning"

Region	UF1A2: Andele forløb i 4. kvartal 2013 (%)	UF1A2: Antal forløb i 4. kvartal 2013	UF1A2: Andele forløb i 1. kvartal 2014 (%)	UF1A2: Antal forløb i 1. kvartal 2014
Nordjylland	98	55	95	66
Midtjylland	66	58	-	3
Syddanmark	73	113	70	99
Hovedstaden	82	196	79	144
Sjælland	71	86	82	90
Hele landet	78	508	80	402

Ud af alle henvist til pakkeforløb blev 402 behandlet invasivt under udredning, heraf 80% inden for standardforløbstid. Sundhedsstyrelsen finder dette tilfredsstillende.

Tabel 3.2. Antal forløb i alt og andele forløb gennemført inden for standardforløbstid (2 dage) for indikatoren UF1A: "Henvisnings- og udredningsperiode, diagnose bekræftet"

Region	UF1A: Andele forløb i 4. kvartal 2013 (%)	UF1A: Antal forløb i 4. kvartal 2013	UF1A: Andele forløb i 1. kvartal 2014 (%)	UF1A: Antal forløb i 1. kvartal 2014
Nordjylland	95	83	95	85
Midtjylland	63	198	-	10
Syddanmark	72	256	70	200
Hovedstaden	82	501	79	376
Sjælland	76	232	80	220
Hele landet	77	1270	79	891

Ud af alle henvist til pakkeforløb fik 891 bekræftet diagnosen, heraf fik 79% gennemført henvisnings- og udredningsperioden inden for standardforløbstid. Sundhedsstyrelsen finder dette tilfredsstillende.

Tabel 3.3. Antal forløb i alt og andele forløb gennemført inden for standardforløbstid (7 dage) for indikatoren UF3: "Forberedelse til invasiv behandling"

Region	UF3: Andele forløb i 4. kvartal 2013 (%)	UF3: Antal forløb i 4. kvartal 2013	UF3: Andele forløb i 1. kvartal 2014 (%)	UF3:Antal forløb i 1. kvartal 2014
Nordjylland	-	4	-	4
Midtjylland	33	24	42	12
Syddanmark	78	23	77	13
Hovedstaden	22	27	17	30
Sjælland	40	30	52	23
Hele landet	44	108	40	82

Ud af alle henvist til pakkeforløb gik 82 videre til forberedelse til invasiv behandling, og heraf påbegyndte 40% behandling inden for standardforløbstiden.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at der er et fald i antallet af registrerede forløb fra 4. kvartal 2013 til 1. kvartal 2014, hvilket kan skyldes manglende færdigregistrering.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at der kun er mindre ændringer i andelen af forløb gennemført til standardforløbstid. Langt størstedelen af patientforløbene (80%) gennemførte den første henvisnings- og udredningsperiode inden for standardforløbstiden (2 dage), og behandling under udredning fulgte samme mønster. I modsætning hertil var det en noget lavere andel af forløbene (40%), der blev gennemført inden for standardforløbstid, når forløbet fortsatte til invasiv behandling efter afsluttet udredning.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at Region Hovedstaden har forløb, hvor målopfyldelsen er meget lav (17% for UF3 i tabel 3.3) og falder under den nationale 1. kvartil, hvorfor styrelsen vil bede regionen redegøre for udfordringer på området mhp. drøftelse på det førstkommende møde i Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerte.

Hjerteklapsygdom og hjerteinsufficiens
Der er samlet registreret 1.209 forløb, som er henvist til pakkeforløb og opstartet udredning.

Tabel 4.1. Antal forløb i alt og andele forløb gennemført inden for standardforløbstid (33 dage) for indikatoren HF4: "Samlet tid til invasiv behandling".

Region	HF4: Andele forløb i 4. kvartal 2013 (%)	HF4: Antal forløb i 4. kvartal 2013	HF4: Andele forløb i 1. kvartal 2014 (%)	HF4: Antal forløb i 1. kvartal 2014	HF4: Ændring i andele forløb (%)
Nordjylland	-	3	-	2	Ikke beregnet
Midtjylland	-	6	-	2	Ikke beregnet
Syddanmark	-	8	-	9	Ikke beregnet
Hovedstaden	-	1	Ikke beregnet	Ikke beregnet	Ikke beregnet
Sjælland	29	14	33	12	5
Hele landet	38	32	32	25	-6

Ud af alle henvist til pakkeforløb gennemførte 25 frem til invasiv behandling, heraf 32% inden for standardforløbstid (33 dage)

Det antal forløb, der blev afsluttet med invasiv behandling, udgjorde kun en lille del af det samlede antal forløb. Det illustrerer, at pakken også dækker hjerteinsufficiens, hvor standardforløbstiden er individuel og derfor ikke kan monitoreres på samme måde.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at der generelt er meget få registreringer, samt at der er forløb, hvor målopfyldelsen falder under den nationale 1. kvartil, hvorfor styrelsen på det førstkommende møde i Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet vil tage en fælles drøftelse af området.

Antallet af forløb med invasiv behandling er generelt små, og på dette område vil Sundhedsstyrelsen fremadrettet følge udviklingen mhp. på tilpasning af monitoreringsmodellen.

Baggrundsinformation

Om pakkeforløb generelt
Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb.

Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om hjertesygdom, gennem udredning, behandlinger, herunder fagligt begrundede forløbstider. Endvidere beskriver pakkeforløbene, hvor der undervejs i forløbet skal gives information til patienterne samt de målepunkter, der skal gøre det muligt, at monitorere om pakkeforløbene fungerer efter hensigten.

Beskrivelser af det kliniske indhold i de enkelte pakkeforløb er udarbejdet af multidiciplinære kliniske arbejdsgrupper, hvori også klinikere fra alle regioner er repræsenteret.

Om hjertepakker
Regeringen og Danske Regioner aftalte som led i aftalen om regionernes økonomi for 2009, at der skulle indføres pakkeforløb for patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdomme og at pakkeforløbene skulle være færdigimplementeret i klinisk praksis 1. januar 2010. Som et led i aftalen skulle der etableres en monitorering, som grundlag for at følge implementering og effekt. Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet besluttede at udvikle monitoreringen af pakkeforløb for hjertepatienter trinvis, og starte med at anvende eksisterende registreringer, dvs. sygehusenes lovbundne indberetninger til Landspatientregisteret. Det er i Landspatientregisteret ikke muligt eksplicit at identificere patienter i pakkeforløb. Monitoreringen er derfor etableret med fokus på patienter med relevant diagnose, som har fået foretaget en relevant undersøgelse, som kan bekræfte mistanken om hjertesygdom i udredningsforløbet. Formålet med monitoreringen er at følge de overordnede tendenser indenfor afgrænsede hjertesygdomsområder og give mulighed for at følge udviklingen over tid. Det initiale fokus for monitoreringen er indikatorer for antal patientforløb og tid i forløb. Monitoreringen af tid fokuserer alene på de patientforløb, der får varetaget en relevant invasiv behandling. Alle indikatorer beregnes separat for hver af de fire hjertesygdomme.

Sundhedsstyrelsen har revideret pakkeforløbene for hjertesygdomme, så de stemmer overens med de nye registreringsvejledninger fra Statens Serum Institut, hvilket skaber mulighed for, at der fremover kan blive en tættere monitorering af hjerteområdet. Desuden er pakkeforløbene blevet bearbejdet sprogligt. De reviderede pakkeforløb trådte i kraft samtidig med de nye registrerings- og monitoreringsmodeller pr. 1. juli 2013.

Der er i øjeblikket tre hjertepakker for:
- Stabil angina pectoris
- Hjerteklapsygdom og hjertesvigt
- Ustabil angina pectoris og akut myokardieifarkt uden ST-forhøjelse (NSTEMI)

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Hospitalsplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666013
Mail csu@regionh.dk

NOTAT

Til: **Sundhedsudvalget**

Journal nr.: 14005649
Ref.: LHOE/NBRE

Dato: 16. juni 2014

Hjertemonitorering 1. kvartal 2014

Den 13. juni 2014 offentliggøres data fra den nationale monitorering af forløbstider på hjerteområdet for 1. kvartal 2014. Monitoreringsmodellen følger samme principper som på kræftområdet, og dette er anden gang data offentliggøres for hjerteområdet.

Formålet med monitoreringen er at kunne følge med i, hvor mange af patienterne, der bliver behandlet inden for det antal dage, som der er faglig enighed om at anbefale. Pakkeforløbene måles dels ud fra den samlede tid fra henvisning til behandlingsstart, dels ud fra delforløbene. Det betyder, at målopfyldelsen også beregnes for de enkelte perioder i et patientforløb, så det er muligt fx at se, hvordan det går fra henvisning til første undersøgelse, eller fra færdigudredning til behandlingsstart.

Det målte antal dage sammenholdes med de anbefalede forløbstider for at se, hvor stor en andel af patienterne, der behandles rettidigt.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at forløbstiderne er udtryk for faglige rettesnore for et standardpatientforløb for ikke akutte eller livstruende hjertesygdomme, og der vil derfor være patienter, som pga. sygdommens kompleksitet, øvrige sygdomme mv. ikke vil kunne behandles inden for den anbefalede forløbstid. Det vil af samme grund heller ikke kunne forventes, at en monitorering vil vise overholdelse af standardforløbstiderne for alle patienter i pakkeforløbene.

Offentliggørelse af data
Statens Serum Institut offentliggør data hvert kvartal for, hvor stor en andel af de beskrevne patientforløb, som modtager behandling inden for den anbefalede forløbstid. Det drejer sig om følgende forløb:

- Stabil angina pectoris (stabile hjertekramper)
- Ustabil angina pectoris/NSTMI (ustabile hjertekramper/ blodprop i hjertet)
- Hjerteklap/hjertesvigt

De enkelte regioners forløbstider sammenlignes, ligesom der beregnes et gennemsnit på tværs af regioner. Tallene indeholder data for de patienter, hvis forløb er påbegyndt i det pågældende kvartal. Tallene offentliggøres ca. 3 måneder efter, at kvartalet er afsluttet, idet det skal være muligt at få forløbstiderne med for de patientforløb, som enten tager længere tid eller er opstartet tæt på kvartalets afslutning.

Sundhedsstyrelsen kommenterer på det overordnede billede og udvælger ved hver offentliggørelse de forløb, hvor det vurderes, at målopfyldelsen ikke er tilfredsstillende. Regionerne bliver derefter bedt om en redegørelse for udfordringerne samt for de tiltag, der sættes i værk for at forbedre målopfyldelsen. Kriteriet for, om en målopfyldelse ikke er tilfredsstillende, er, at målopfyldelsen ligger under den nationale 1. kvartil. Dvs. den fjerdel af pakkeforløbene, der har den laveste andel af patientforløb, der er gennemført inden for den anbefalede standardforløbstid. I takt med at målopfyldelsen forbedres, vil grænsen for, hvad der er tilfredsstillende også stige.

Organisering af patientforløb
Hjertemonitoreringen tager udgangspunkt i tre nationale pakkeforløb, som beskriver, hvordan de enkelte typer af hjertepatienter skal håndteres. Det drejer sig om patienter med hhv. stabile hjertekramper, ustabile hjertekramper/blodprop i hjertet samt hjerteklap/hjertesigt.

Stabile hjertekramper (stabil angina pectoris)
Patienten sendes til udredning på et af regionens områdehospitaler, der undersøger, om patienten alene skal have medicinsk behandling, om de både skal have medicin og opereres, eller om de udelukkende skal tilbydes operation.

Skal patienten henvises til invasiv behandling (kateterbehandling), sendes vedkommende videre til et af regionens invasive centre, som ligger på hhv. Gentofte Hospital og Rigshospitalet.

For patienter, som udredes på Gentofte Hospital eller Rigshospitalet og fx skal have foretaget en ballonudvidelse eller en undersøgelse af kranspulsåren (KAG), udføres behandlingen i forbindelse med den udredende undersøgelse, så patienten behandles allerede under udredningen.

En undtagelse herfor er de patienter, som skal have foretaget egentlig kirugiske invasiv behanlding i form af by pass-operation (åbning af brystkassen). Disse patienter henvises videre til Thorax-kirurgisk afdeling på Rigshospitalet, som varetager denne type operationer for hele regionen.

Ustabile hjertekramper/blodpropper i hjertet
Forskellen fra de stabile hjertekramper er, at disse patienter typisk kommer ind akut, og de anbefalede forløbstider derfor er kortere, men forløbene er ens.

Hjerteklap/hjertesvigt
Disse patienter udredes ligeledes på regionens områdehospitaler, hvor nogle tilbydes medicinsk behandling, og resten skal enten til videre udredning for hjertesvigt eller hjerteklapsygdom.

Det er dog kun patienter, som lider af hjerteklapsygdom, der måles på i monitoreringsmodellen, da der ikke er fastsat standardforløbstider for videre udredning ved

hjertesvigt, idet der typisk er tale om meget individuelle forløb. Når patienter med hjertesvigt alligevel indgår i første del af standardforløbet, skyldes det, at det er samme symptomer, som de to patientgrupper henvender sig med, og det er således ikke muligt at kategorisere, før patienterne er undersøgt yderligere.

Patienter med hjerteklap tilbydes enten medicinsk behandling eller operation. Såfremt der er tale om operation, henvises patienten videre til Thorax-kirurgisk Afdeling på Rigshospitalet.

Bemærkninger til data for 1. kvartal 2014
For denne monitorering er den nedre kvartil på 36 %. Det betyder, at standardforløbstiden blev overholdt i op til 36 % af tilfældene for den fjerdedel af de patientforløb, der havde den laveste andel af forløb, som blev gennemført inden for standardforløbstiden. Sundhedsstyrelsen beder på den baggrund regionerne redegøre for de forløb, hvor målopfyldelsens er 36% eller derunder. Dvs. de forløb, hvor andelen af patienter, som er behandlet inden for den anbefalede forløbstid, er lig med eller lavere end den nedre kvartil.

Sundhedsstyrelsen har valgt at sætte fokus på nedenstående forløb og delforløb. Regionens målopfyldelse inden for disse fremgår af nedenstående tabel:

	3. kvartal 2013	4. kvartal 2014	1. kvartal 2014
Stabil angina pectoris (Udredningsperiode, invasiv behandling under udredning)	89 % (105)	89 % (141)	94 % (127)
Stabil angina pectoris (Samlet tid til invasiv behandling)	12 % (17)	39 % (23)	41 % (17)
Ustabil angina pectoris (Henvisning- og udredningsperiode, invasiv behandling under udredning)	76 % (122)	82 % (196)	79 % (144)
Ustabil angina pectoris (Henvisning- og udredningsperiode)	79 % (324)	82 % (501)	79 % (376)
Ustabil angina pectoris (Forberedelse til invasiv behandling)	-	22 % (27)	17 % (30)
Hjerteklap/Hjertesvigt (Samlet tid til invasiv behandling)	-	-	-

Der kan ikke beregnes andele, hvis der ikke har været registreret minimum 10 forløb. Felter med - er udtryk for, at der har været for få forløb. Tal opgjort i parentes er antallet af behandlede patienter i de enkelte forløb.

Målopfyldelsen for **stabil angina pectoris** er steget i perioden og ligger over den nationale kvartil.

Ustabil angina pectoris har en flot målopfyldelse for "henvisning og udredningsperiode", hvilket er udtryk for, at patienterne i starten af forløbet bliver behandlet hurtigt og inden for den anbefalede tid. Der er dog udfordringer, når patienterne har behov for invasiv behandling, idet ventetiden på invasiv behandling er for høj, hvilket afspejler sig i en lav målopfyldelse.

Volumen er relativt lavt for både stabil og ustabil angina pectoris for henholdsvis "samlet tid til invasiv behandling" og "forberedelse til invasiv behandling", hvilket primært skyldes, at en stor del af patienterne jf. ovenfor bliver færdigbehandlet i udredningsperioden. Som det fremgår af tabellen ovenfor ligger målopfyldelsen for patienter, der **behandles under udredning** betydeligt over niveauet for den nedre kvartil, hvilket er udtryk for, at størstedelen af både stabil og ustabil angina pectoris behandles inden for den anbefalede forløbstid. Derudover er volumen højere end i de øvrige regioner.

Patienter, der behandles under udredning, indgår ikke i delforløbet "forberedelse til invasiv behandling", og målopfyldelsen dækker således kun over de patienter, som ikke kan håndteres under udredningen. Dvs. de patienter, som skal videre til Thoraxkirurgisk Afdeling for at få foretaget fx bypass-operation, hvilket udgør en relativt lille andel af det samlede antal hjertepatienter.

Tilsvarende gælder for hjerteklap og hjertesvigt-patienter, at der er udfordringer, når patienterne skal videre til invasiv behandling. Der har ikke for pakkeforløbet for hjerteklap/hjertesvigt-sygdom været tilstrækkeligt med patienter til at kunne monitorere målopfyldelsen for "samlet behandling til invasiv behandling". Størstedelen af patienterne får medikamentel behandling for deres hjerteklap/hjertesvigt-sygdom, og målopfyldelsen vil således kun afspejle de patienter, som skal opereres. Sammenlignet med de øvrige regioner er det forventeligt, at Region Hovedstaden reelt har et større antal patienter, end det fremgår af monitoreringen, og der vil således blive sat yderligere fokus på at forbedre registreringspraksis.

Samlet set behandler Region Hovedstaden de fleste patienter inden for den anbefaledes forløbstid. Der er dog udfordringer med ventetid, når patienterne skal videre til Thoraxkirurgisk Afdeling, ligesom der er behov for fortsat at sætte fokus på at forbedre registreringspraksis, så volumen bliver retvisende.

Initiativer til forbedring af forløbstider og volumen
På hospitalerne arbejdes der på at forbedre registrerinspraksis og der arbejdes løbende med forskellige tiltag, som skal højne kvaliteten af dataregistreringerne herunder sikre registreringen af patienter ved overgange mellem hospitalerne.

Derudover har der på Thoraxkirurgisk afdeling været et efterslæb på hjertekirurgisk aktivitet, hvilket har betydet, at nogle patienter har måttet vente længere på "forberedelse til invasiv behandling" end foreskrevet i pakkebeskrivelserne. Der har dog siden ikrafttrædelsen af monitoreringen kunnet ses en fremgang i målopfyldelsen for stabil angina pectoris og en stabilitet for patienter i pakkeforløbet for ustabil angina pectoris.

Generelt bliver der arbejdet med registreringen af hjertepakkepatienter og forventningen er, at der løbende vil ske forberederinger, som vil kunne aflæses i de efterfølgende offentliggørelser.

FOLKETINGET

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget

Til: Ministeren for sundhed og forebyggelse

Dato: 7. maj 2014

Udvalget udbeder sig ministerens besvarelse af følgende spørgsmål:

SUU alm. del

Spørgsmål 751
Patienter indkaldt til undersøgelse i Dansk Center for Søvnmedicin på Glostrup Hospital, fik i marts måned følgende skriftlige besked: "I øjeblikket må du forvente ca. fem måneders svartid", jf. SUU alm. del – bilag 397. Vil ministeren i forlængelse heraf redegøre for, hvorvidt det er rimeligt, at patienter kan forvente en svartid på op til fem måneder?

Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Özlem Sara Cekic (SF).
Svaret bedes sendt elektronisk til spørgeren på Ozlem.Cekic@ft.dk og til udvalg@ft.dk.

På udvalgets vegne

Karen J. Klint
formand

Glostrup Hospital

Direktionen

Glostrup Hospital
Ndr. Ringvej 57
2600 Glostrup

Opgang Ringvejsblokken
Afsnit 9. sal

Telefon 3863 3863
Direkte 3863 2003
Web www.glostruphospital.dk

Dato: 20. maj 2014

Redegørelse for svartider hos Dansk Center for Søvnmedicin
Den 15.5.2014 har Glostrup Hospital modtaget en forespørgsel fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vedr. ventetider på svar i Dansk Center for Søvnmedicin.

I forbindelse med indkaldelse til polysomnografisk undersøgelse under indlæggelse, oplyses patienterne om, at der på grund af databehandlingsvanskeligheder kan forventes svartid på op til 5 måneder efter undersøgelse.

Det er selvfølgelig ikke tilfredsstillende og der arbejdes intensivt med en løsning på dette problem.

Indledningsvis gøres opmærksom på at simple søvnundersøgelser for søvnapnø, de cardiorespiratoriske undersøgelser, bedømmes løbende og her er produktion, bedømmelse, svarafgivelse og behandlingsstart i takt.

Baggrund for ventetid
I Dansk Center for Søvnmedicin udføres de fleste søvnundersøgelser under indlæggelse (polysomnografisk undersøgelse) og med samtidig optagelse af videosignal, der viser adfærd, herunder motoriske forhold hos patienten under søvn. Disse undersøgelser lagres elektronisk og kræver stor datalagringsplads. Når undersøgelserne er bedømt kan den lagrede datamængde reduceres noget, men ikke slettes.

I oktober 2010 skete der, som følge af et stort hjemtagningsprojekt for patienter til udredning for kompliceret søvnsygdom, en stor stigning i antallet af undersøgelser, hvilket medførte, at der blev opsamlet en større datamængde end tidligere. Den daværende IT afdeling servicerede afdelingens server ved at foretage back up og flytte gamle data til et andet medie, så der altid var serverplads til rådighed. Denne service ophørte samtidigt med aktivitetsudvidelsen og medførte daglige problemer i forhold til datalagring.

I et forsøg på at løse dette problem blev alle data i efteråret 2011 flyttet til en anden nyere server med god plads. Dansk Center for Søvnmedicin var dog ikke ene om at benytte denne server, og det medførte igen, at der ikke var plads til centrets data og båndbredden blev lav med meget langsom datatransmission til følge. Den lave båndbredde medførte en reduktion i arbejdshastighed til 25-30% af normal hastighed med

DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET
KØBENHAVNS UNIVERSITET

Glostrup Hospital er akkrediteret af Joint Commission International

arbejdsmiljømæssige konsekvenser for personale til følge i form af fysiske gener med langvarigt monotont arbejde.

Efter en længere dialog mellem hospitalet og regionens IT-virksomhed (CIMT), startede der et samarbejde mellem CIMT og afdelingens ingeniører op omkring etablering af en bedre serverløsning.

Løsningen er opsætning af en midlertidig server med fysisk placering på Glostrup Hospital, og som direktionen på Glostrup Hospital har bevilget midlerne til. Dette blev aftalt i februar 2013.

Den nye server blev taget i brug i oktober 2013 efter længere tids dialog med CIMT fra afdelingsledelsens side. Derefter har arbejdshastigheden på netværket været acceptabelt, men ikke så hurtigt som ønskeligt.

Den lave båndbredde, der har været en realitet i perioden fra 2011-2013, har medført, at der er opbygget en pukkel af ubedømte polysomnografi-undersøgelser. Der er derfor skrevet et ledsagebrev til patienterne om, at der kan være op til 5 måneders ventetid på svar på undersøgelsen. Puklen af ubedømte undersøgelser er ikke vokset gennem det sidste halve år, således vurderes det derfor nu, at produktion og bedømmelse matcher.

Samtidig har afdelingen været udfordret af, at flere privatklinikker, herunder en stor klinik, som tog patienter både under regionsfunktion og højt specialiseret niveau, er lukket i de senere år og de komplicerede søvnpatienter er dermed overført til Dansk Center for Søvnmedicin.

Aktuel situation
Der er tale om en pukkel på omkring 200 undersøgelser, hvilket svarer til ca. 2 måneders produktion. Der er tale om en specialiseret arbejdsopgave, der kræver rutine og erfaring og som tager omkring et år at uddanne sig til. Det er således ikke muligt at ansætte personale midlertidigt til denne opgave.

Der er iværksat en række tiltag for at afvikle denne pukkel:

1. Alle ventende undersøgelser til bedømmelse er gennemgået af speciallæge mhp at reducere bedømmelsesarbejdet.

2. Alle patienter, der er indkaldt til undersøgelse har fået gennemgået henvisningen endnu en gang af speciallæge, og der er taget stilling til hvor mange data, der skal opsamles. Derved reduceres det fremadrettede arbejde.

3. En del af puklen må afvikles som overarbejde, og der er fremsendt forslag til aflønning af neurofysiologiassistenter og bioanalytikere. Forsla-

get venter lige nu på accept fra organisationen. Ligeledes indgås aftale for lægegruppen omkring dette.

4. Der arbejdes på, midlertidigt, at ansætte personale til udvalgte arbejdsopgaver for at frigive tid blandt neurofysiologiassistenter og bioanalytikere til bedømmelsesopgaven.

5. Der arbejdes løbende på at optimere arbejdsredskaberne til scoring af søvnundersøgelser. Det vil betyde ændringer i software og kræver involvering af afdelingens ingeniører og leverandører. Dette vil give gevinst på den langsigtede bane.

6. Endelig overvejes det at søge om nedsat aktivitet inden for søvnapnøundersøgelser – de såkaldte cardiorespiratoriske undersøgelser, hvor der findes et regionalt tilbud i privat regi. Dette vil også kunne frigøre personale til bedømmelsesopgaven af de polysomnografiske undersøgelser

Punkt 1 og 2 er gennemført og punkt 3 forventes implementeret i løbet af de kommende to uger. Punkt 4 kan formentlig iværksættes i løbet af ca. 1 måned, mens punkt 6 er en mulighed, der endnu ikke er besluttet. Stillingtagen til dette punkt vil ske om 2 måneder, hvor effekten af punkt 1-4 kan vurderes. Punkt 5 er et punkt der arbejdes på, og indsatsen her vil intensiveres.

Tidsperspektiv for afvikling af ventetid
Det forventes, at puklen af ubedømte undersøgelser vil være afviklet sidst på sommeren, hvis punkt 1-4 implementeres.

Med venlig hilsen

Klaus Lunding
Hospitalsdirektør

Region Hovedstaden

Koncerndirektionen

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Direkte 38665005

Dato: 16. juni 2014

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Sygehus og Beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Region Hovedstadens afrapportering om overholdelse af bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v., maj 2014

Dette følgebrev og vedlagte indberetningsskemaer redegør for Region Hovedstadens indberetninger på både kræft- og hjerteområdet for maj 2014.

Hjerteområdet
Bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. er overholdt for hjerteområdet.

Kræftområdet
Der har været 2 hændelser, hvor bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme ikke er efterlevet for patienter henvist til forundersøgelse med mistanke om lungekræft. Begge hændelser er sket på Gentofte Hospital. Der er fokus på, at lignende hændelser ikke må forekomme fremadrettet.

Kapaciteten til forundersøgelse ved mistanke om tarmkræft (til koloskopi) har efter det nationale screeningsprogram for tarmkræft blev indført, været presset. I brev til Sundhedsstyrelsen (af den 23. maj 2014) blev der redegjort for, at der derfor er en række patienter, som efter screening er henvist til koloskopi, hvor bekendtgørelsen ikke er overholdt i april måned 2014.

Da udfordringerne med koloskopikapaciteten først blev erkendt medio maj er der desværre også patienter i maj måned 2014, hvor bekendtgørelsen ikke er efterlevet. Der er siden erkendelsen af udfordringerne og Sundhedsstyrelsens udmelding om at bekendtgørelsen om maksimale ventetider, også omfatter screeningspatienter med påvist blod i afføringen, arbejdet målrettet med at få udbygget kapaciteten på regionens skoperende afdelinger, således at alle patienter, der henvises til koloskopi, fremadrettet sikres et tilbud indenfor bekendtgørelsens rammer.

Nordsjællands Hospital har 17 patienter og Bispebjerg Hospital har 69 patienter, der er henvist til forundersøgelser for tarmkræft (koloskopi), hvor bekendtgørelsen ikke er overholdt. Ingen af disse patienter er henvist til forundersøgelser efter at have deltaget i screeningsprogrammet, men den markante stigning i antallet af henvisninger til pak-

keforløbet for tyk- og endetarmskræft fra almen praksis presser den samlede koloskopikapacitet betydeligt

Hertil kommer, at der er en række hændelser, som berører patienter, der er henvist til koloskopi efter at have deltaget i tarmkræftscreeningen. I maj 2014 er der 282 patienter, som har deltaget i screeningsprogrammet, som ikke har modtaget tilbud om en koloskopi-undersøgelse indenfor bekendtgørelsens rammer.

Som nævnt ovenfor arbejdes der fortsat målrettet på at sikre den nødvendige kapacitet til koloskopi. Aktuelt er der behov for at afvikle den pukkel af patienter, som er opbygget i april og maj, så nyhenviste patienter kan undersøges rettidigt.

Som følge heraf er invitationskadencen i screeningsprogrammet nedsat i begrænset omfang i en kortere periode for at tage presset af skopienhederne. Første screeningsrunde løber til udgangen af 2017, og aktiviteten vil således blive øget tilsvarende senere i perioden.

Foruden en lavere tilstrømning af nye patienter, har de enkelte afdelinger etableret yderligere tider til de ventende screeningspatienter, hvilket bl.a. sker gennem omprioriteringer, overarbejde, ferieinddragelse og udvidet åbningstid samt udskydelse af kontrolkoloskopier mv.

Derudover undersøges mulighederne for at øge kapaciteten bl.a. gennem samarbejde med speciallægepraksis om bl.a. kontrolkoloskopier mv.

Med de nævnte tiltag er der etableret tilstrækkelig kapacitet til at imødekomme den forventede efterspørgsel fremover, og den opbyggede pukkel forventes afviklet senest med udgangen af sommerferien.

Med venlig hilsen

Svend Hartling
Koncerndirektør