

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

20-06-2018 12:30

MØDESTED

Sankt Lukas Hospice

MEDLEMMER

Christoffer Buster Reinhardt	Formand
Leila Lindén	Næstformand
Annie Hagel	Medlem
Christine Dal	Medlem
Finn Rudaizky	Medlem
Jesper Clausson	Medlem
Karin Friis Bach	Medlem
Karoline Vind	Medlem
Lars Gaardhøj	Medlem
Line Ervolder	Medlem
Niels Høiby	Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Orientering: Aktuelle orienteringer
2. Drøftelse: Opsamling på dialogmøde om ny hospitalsplan
3. Drøftelse: Aflysning af hjerteoperationer
4. Drøftelse: Status på det palliative område
5. Orientering: Hospice i Region Hovedstaden

1. ORIENTERING: AKTUELLE ORIENTERINGER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsudvalget har på deres første møde den 31. januar 2018 aftalt, at udvalgets møder altid indledes med et fast punkt, hvor administrationen orienterer om aktuelle sager.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- ▮ **At** tage status for aktuelle orienteringer til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsudvalget har aftalt, at der på udvalgets møder indledningsvist er et fast punkt om aktuelle orienteringer, der vedrører udvalgets opgaveområde.

KONSEKVENSER

Såfremt udvalget ønsker yderligere behandling af en sag vil administrationen gå videre med sagen.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særlig kommunikationsindsats er planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges fast som første punkt på udvalgets møder fremadrettet.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Mette Kofod Kahr

JOURNALNUMMER

18000993

2. DRØFTELSE: OPSAMLING PÅ DIALOGMØDE OM NY HOSPITALSPLAN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Region Hovedstadens nuværende Hospitalsplan 2020 skal afløses af en ny hospitalsplan, som rækker længere frem. Hospitalsplanen udstikker rammerne for udviklingen af sundhedsvæsenet i regionen og skal være med til at understøtte et fremtidssikret hospitalsvæsen. Regionsrådet godkendte den 13. marts 2018 processen for udarbejdelsen af den ny hospitalsplan, og der er d. 16. maj afholdt et dialogmøde med bl.a. borgere og klinikere om principperne for planen.

I nærværende sag er der lavet en opsamling på dialogmødet, og der lægges op til en videre drøftelse af principperne for den nye hospitalsplan med afsæt i dialogmødet. Den endelige vedtagelse af principperne fastlægges af regionsrådet i september 2018.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

1. **At** drøfte input fra dialogmødet om principperne for den nye hospitalsplan
2. **At** godkende, at administrationen på vegne af sundhedsudvalget indbyder udvalget for forebyggelse og sammenhæng, formændene for kommunernes social- og sundhedsudvalg samt medlemmerne af sundhedskoordinationsudvalget (SKU) til møde med henblik på yderligere politisk dialog om hospitalsplanen

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstadens nye hospitalsplan skal sætte retning for udviklingen af regionens sundhedsvæsen. Planen skal tage højde for den demografiske udvikling, som viser, at der i fremtiden bliver flere borgere i regionen. Der bygges nye hospitalsbyggerier, der vil blive ibrugtaget i løbet af de kommende år, og som vil give nye, tidssvarende rammer for hospitalsvæsenet i regionen. Samtidig bliver det muligt at behandle flere forskellige sygdomme end tidligere, og med et stigende forventningspres om høj kvalitet og gode patientforløb er det fortsat vigtigt at have en hospitalsstruktur, som kan leve op til denne udvikling.

På baggrund heraf er der behov for en fornyet politisk stillingtagen til hvilke principper, der skal ligge til grund for den ny hospitalsplan. En tidlig politisk tilkendegivelse af vægtningen af principperne skal sætte retningen for en ny hospitalsplan og udstede de pejlemærker, som administrationen skal arbejde efter ved udarbejdelse af planen, og dermed sikre, at en ny hospitalsplan tager udgangspunkt i de politiske prioriteringer.

Hospitalerne arbejder aktuelt med ibrugtagning af de nye hospitalsbyggerier, og derfor er der samtidig behov for at fastlægge konkrete 'hjørneflag', som sikrer, at de enkelte hospitalsdirektioner ved hvilken retning, de skal arbejde mod, indtil den nye hospitalsplan vedtages i september 2019. Nybyggeriet på Herlev Hospital forventes som det første klart i 2. halvår 2019, hvorefter de øvrige hospitalsbyggerier følger i årene derefter, og direktionernes planlægningsarbejde kan derfor ikke afvente, at den endelige hospitalsplan foreligger.

Opfølgning på dialogmødet

Der blev afholdt dialogmøde om den ny hospitalsplan d. 16. maj 2018 på Herlev Hospital. Formålet med dialogmødet var at opnå tidlig interessentinddragelse samt at give politikere et nuanceret indblik i interessenterne synspunkter, inden principperne for en ny hospitalsplan fastlægges politisk.

Til dialogmødet var inviteret repræsentanter fra kommuner, patientforeninger, faglige organisationer samt klinikere og direktioner fra hospitalerne, og det var åbent for alle borgere. På dialogmødet deltog 86 repræsentanter i alt (inkl. administrationen) fordelt således: 19 politikere fra regionsrådet, 17 fra hospitalerne (klinikere og hospitalsdirektioner), 11 borgere, 12 fra faglige organisationer inkl. praksissektoren, 7 fra patientforeninger samt 1 kommunal repræsentant. Herudover deltog repræsentanter

fra administrationen, som blandt andet havde rollen som 'bordlyttere' og tog noter fra drøftelserne ved bordene.

Regionsrådet godkendte den 17. april 2018 oplæg til dialogmødet om den nye hospitalsplan, herunder at drøftelserne på dialogmødet skulle tage udgangspunkt i følgende fire principper:

- ┆ Kvalitet
- ┆ Effektivitet
- ┆ Nærhed
- ┆ Sammenhængende patientforløb

Principperne er alle væsentlige i det regionale sundhedsvæsen og skal generelt ses i en sammenhæng. Inden for bestemte områder kan principperne dog vægte forskelligt, hvor fx kvalitet går forud for nærhed i højt specialiseret behandling. Foruden de fire principper er lighed i sundhed et grundlæggende princip, der går på tværs af de øvrige principper.

På dialogmødet blev de fire principper diskuteret ud fra tre konkrete cases/temaer:

- ┆ Borgere med specialiserede behov, fx kræftpatienter
- ┆ Borgere med behov for akutbehandling
- ┆ Borgernes behov for nære sundhedstilbud

Casene vedrørende specialiseret behandling og akut behandling blev udvalgt på baggrund af, at det vedrører områder, hvor der er behov for at fastlægge konkrete hjørneflag forud for udarbejdelsen af den endelige hospitalsplan, jf. ovenfor.

Vægtning af principper for den ny hospitalsplan

Som introduktion til casene vedr. borgere med specialiserede behov og akutbehandling blev der vist en film, som præsenterede dilemmaerne ved den nuværende organisering. Herefter blev dilemmaerne drøftet i 11 mindre grupper med bred repræsentation i hver gruppe. Ved diskussionerne fik deltagerne efter de indledende drøftelser hver især mulighed for at udvælge, hvilket princip der skulle vægtes højest i en ny hospitalsplan. Udover udvælgelse af principperne var der endvidere mulighed for skriftligt at begrunde udvælgelse af princippet.

I vedlagte bilag ses resultatet af stemmeafgivningen og argumenter for at vægte et af principperne.

Borgere med specialiserede behov (kræft)

En indledende video præsenterede dilemmaer i forhold til kræftbehandling afhængig af, om princippet om nærhed, kvalitet eller sammenhængende patientforløb vægtes højest:

- ┆ Skal regionen vægte sammenhængende patientforløb over nærhed, så det samlede kræftforløb samles på et hospital, selv om det ligger langt væk fra borgerens bopæl?
- ┆ Skal regionen vægte kvalitet over nærhed med henblik på at samle specialister inden for kræftområdet, da kræftbehandlingen bliver mere og mere specialiseret?

De afgivne stemmer efter borddiskussionerne viste, at et flertal på 74 % vægtede kvalitet over sammenhængende patientforløb (22 %) og nærhed (4 %). Princippet om kvalitet blev vurderet vigtigst, bl.a. fordi kræft er en alvorlig og livstruende sygdom, og fordi der er tale om komplekse sygdomsforløb, der kræver, at specialisterne er samlet for at sikre høj kvalitet. Det blev bemærket, at afstande til behandling er underordnet ved alvorlig kræftsygdom i Region Hovedstaden, hvor der geografisk set er små afstande, mens andre nævnte muligheden for at lægge en del af forløbet (fx kemoterapi) på nærhospitalet, da især udsatte borgere kan have svært ved at overskue længere transporttid.

For dem, der vægtede sammenhængende patientforløb højest, er det vigtigt med fokus på et sammenhængende forløb, der skaber tryghed for patienten. Dette skal bl.a. sikres ved at planlægge forløbet med udgangspunkt i patientens situation, tæt samarbejde mellem afdelingerne og koordination af den patientansvarlige læge.

Borgere med behov for akut behandling

En indledende video præsenterede organiseringen af akutmodtagelser og akutklinikker i regionen, og deltagerne blev bedt om at vægte principperne for akutbehandling ud fra spørgsmålet:

- ▮ Hvordan skal regionen vægte nærhed til akutbehandling overfor økonomi (effektivitet) og mulighed for specialiseret behandling (kvalitet)?

De afgivne stemmer efter borddiskussionerne viste, at et flertal på 51 % vægtede kvalitet over nærhed (27 %) og effektivitet (22 %). Det vurderes vigtigt at sikre den bedste kvalitet i den akutte behandling, så behandlingsbehovet uden unødvendige overflytninger kan imødekommes, uanset om der er tale om lette eller svære skader/symptomer. Der var blandt mange deltagere fokus på, at 1813 har en vigtig rolle i forhold til at visitere korrekt ud fra skadens omfang til henholdsvis akutmodtagelser og akutklinikker, mens andre fremhævede behovet for at samle al akut behandling i akutmodtagelser, hvor der er flere specialister og mere specialiseret udstyr.

Efter princippet om kvalitet vægtes nærhed vigtigst, og for de deltagere, som havde valgt dette princip, er det vigtigt med nærhed til behandling af lette skader. Det er især vigtigt for sårbare borgere, hvor længere transportafstand kan føles som en gene. Argumentet for princippet om effektivitet er bl.a., at det er dyrt med de nuværende antal akuttilbud i regionen, og at der skal sikres den bedste ressourceudnyttelse.

Borgere med behov for nære sundhedstilbud

Det fremgår af Region Hovedstadens 'Budget 2018-2021', at regionsrådets vision om sundhedshuse skal indgå i arbejdet med revision af hospitalsplanen. Som indledning til diskussionerne holdte hospitalsdirektør Birgitte Rav Degenkolv fra Amager og Hvidovre Hospital et oplæg om nære sundhedstilbud. Formålet med punktet var at få deltagernes input til, hvordan det nære sundhedsvæsen i Region Hovedstaden skal se ud i fremtiden.

Af deltagernes skriftlige bemærkninger fremhæves behovet for et tættere samarbejde og bredere planlægning på tværs af region, kommuner og praktiserende læger. Det bemærkes, at almen praksis har en central rolle i det nære sundhedstilbud, og at der kan ses på, om de praktiserende læger fremover skal varetage andre opgaver. Fx kan mange opgaver på hovedfunktionsniveau løses i speciallægepraksis. Desuden vurderes der at være behov for mere rådgivning fra hospitaler til personalet i kommunerne. Endvidere blev det fremhævet, at de nære sundhedstilbud også kan anvendes ved fx akutbehandling, og at nærhed er særlig vigtig for borgere med kroniske sygdomme.

Videre proces med fastlæggelse af principper

Den endelige beslutning om, hvordan principperne for den ny hospitalsplan skal vægtes, vedtages i regionsrådet i september efter indstilling fra henholdsvis sundhedsudvalget og forretningsudvalget. Af hensyn til hospitalernes igangværende arbejde med nybyggerierne er der i samme forbindelse behov for at vedtage konkrete 'hjørneflag' for en ny hospitalsplan, blandt andet vedrørende organisering af akut- og kræftområdet. Hospitalsdirektionerne arbejder i disse år med at planlægge ibrugtagningen af nye byggerier, og især for Herlev og Gentofte Hospital samt Amager og Hvidovre Hospital er der behov for at beslutte konkrete hjørneflag om den fremtidige struktur.

De afgivne stemmer samt deltagernes argumenter viser, at interessenterne vægter kvalitet højest, både når det drejer sig om specialiseret behandling samt akut behandling.

Den videre proces med at fastlægge principper vil blandt andet tage afsæt i diskussionerne på dialogmødet, hvor der lægges op til at se nærmere på organiseringen af hospitalerne med henblik på, om en ændret organisering kan fremme fortsat høj kvalitet. Det gælder bl.a. for kræft- og akutområdet. På dialogmødet blev kvalitet og herefter nærhed vægtet højest i drøftelsen af akutområdet, og i administrationens videre arbejde med at lave et oplæg om principper og 'hjørneflag' vil der blive set på organiseringen inden for hvert enkelt planområde, således at der tages højde for lokale forhold.

På møde i Kommunekontaktudvalget (KKU) d. 17. maj 2018 blev det aftalt, at det skal undersøges, om regionens sundhedsudvalg kan stå for at indbyde kommunerne til yderligere politisk dialog om hospitalsplanen. Der lægges op til, at Sundhedsudvalget i efteråret inviterer medlemmerne af

Udvalget for Forebyggelse og Sammenhæng, formændene for kommunernes social og sundhedsudvalg samt medlemmerne af Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) til møde vedrørende arbejdet med den ny hospitalsplan.

KONSEKVENSER

Med udgangspunkt i udvalgets drøftelse vil administrationen arbejde videre med at udarbejde oplæg, som skal beskrive principperne for den ny hospitalsplan.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der forventes ikke en kommunikationsindsats på nuværende tidspunkt. Dialogmødet blev annonceret inden afholdelsen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen afsluttes i Sundhedsudvalget. Med afsæt i drøftelserne på mødet forelægges administrationens oplæg til principper for en ny hospitalsplan hhv. sundhedsudvalget, forretningsudvalget og regionsrådet i august og september 2018.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Anne Skriver

JOURNALNUMMER

18003343

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Opsamling af dialogmøde om ny hospitalsplan d. 16. maj 2018.docx

3. DRØFTELSE: AFLYSNING AF HJERTEOPERATIONER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsudvalget har siden sommeren 2017 fulgt antallet af aflyste hjerteoperationer på Rigshospitalet, idet udvalget ikke fandt antallet af aflyste operationer hos patienterne acceptabelt. Denne sag forelægger status om udviklingen i aflyste operationer.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

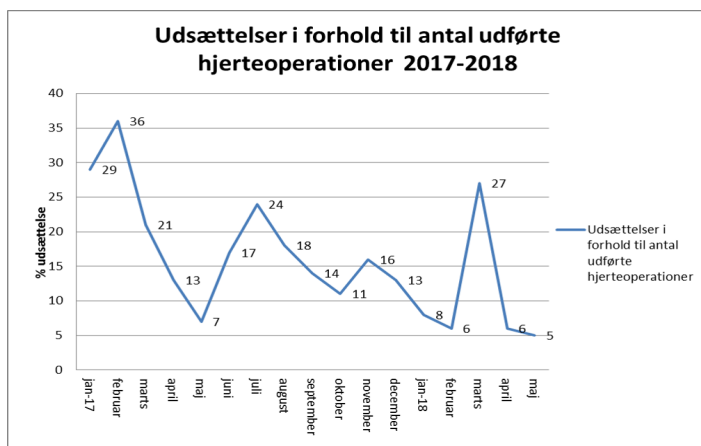
- At status for aflyste operationer på Rigshospitalets Hjertecenter drøftes.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

På Rigshospitalet har patienter fået aflyst og udsat deres hjerteoperation til et senere tidspunkt. Årsagen er, at det har været tilstræbt at få en høj udnyttelse af kapaciteten på tværs af operationsstuer, intensivafsnit og sengeafsnit, og derfor er operationsprogrammet over de seneste år blevet tættere pakket. Det har reduceret muligheden for at absorbere operationer, der trækker ud, og akutte patienter i operationsprogrammet. Endvidere har ombygning af intensivafsnit i forbindelse med samling af børnehjertekirurgien resulteret i lavere aktivitet i slutningen af 2016 og begyndelsen af 2017.

Rigshospitalet har lavet en opgørelse over antallet af hjerteoperationer, som patienter har fået aflyst og udsat. På Rigshospitalets Hjertecenter er der i 2017 foretaget 1.832 hjerteoperationer, og det er 120 flere operationer end i 2016. I modsætning til de øvrige hjertecentre i Danmark er der en stigning i aktiviteten på Rigshospitalet. Antallet af aflyste hjerteoperationer udgjorde i gennemsnit 17 % i 2017 af den samlede hjertekirurgiske aktivitet, men som det fremgår af figuren nedenfor, er antallet af udsatte hjerteoperationer faldet fra 36 % i februar 2017, hvor det var højst, til 5 % i maj 2018. Som det ses, er der sket en stigning i marts, som dels skyldes influenzaepidemi hos personalet og dels et meget højt antal transplantationer og akutte patienter. Der vil opstå udsving fra tid til anden, det afgørende er, at der er taget hånd om de mange aflysninger.



Når en patient udsættes, fastsættes et nyt operationstidspunkt efter en konkret og individuel vurdering. Det tilstræbes, at give en indlagt, udsat patient en tid dagen efter, mens det for ikke-akutte planlagte patienter (der er indkaldt fra hjemmet) kan vælges at udskyde patienten længere end den indlagte patient. Patienter med størst og mest akut behandlingsbehov kommer til først.

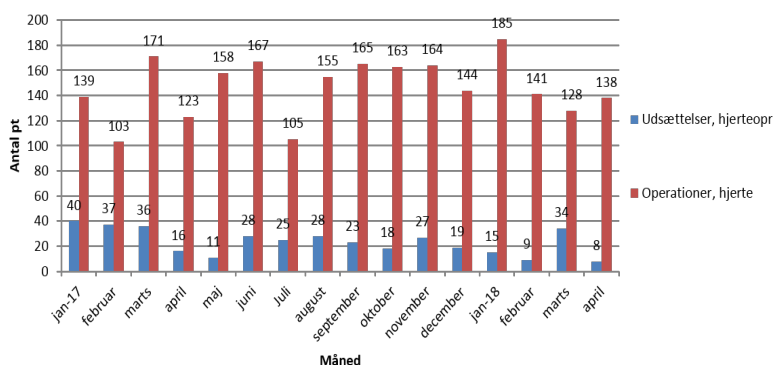
Antallet af aflyste hjerteoperationer har de seneste fire år været følgende:

- 2017: 308 patienter
- 2016: 250 patienter

- 2015: 255 patienter
- 2014: 192 patienter.

Figuren nedenfor viser antallet af hjerteroperationer og antallet af udsatte operationer hos patienter pr. måned i perioden januar 2017 til april 2018. Jf. ovenfor har perioden med blandt andet influenza haft betydning for antallet af operationer i marts der faldt, men som steg igen i april.

**Antal hjerteroperationer og antal udsatte hjerteroperationer
2017-2018**



Den positive udvikling skal ses i lyset af en lang række tiltag, som Rigshospitalet har igangsat i sommeren/efteråret 2017. Rigshospitalet arbejder på at få antallet af aflyste operationer bragt ned ved at:

- øge kapaciteten i den fast track-enhed, der er dedikeret til de planlagte operationer. Dermed bliver de planlagte operationer mindre afhængige af udsving i antal akutte patienter. Øget kapacitet i fast track-enheden har krævet større organisatoriske ændringer med rekruttering, ansættelse og oplæring af nyt personale.
- en balanceret og fleksibel operationsplanlægning og booking-system. For at sikre et kontinuerligt patient-flow og undgå flaskehalse er det bl.a. nødvendigt, at operationsplanlægning tilrettelægges, så tyngden i den hjerterkirurgiske patientpopulation fordeles jævnt. Herved kan det i højere grad forebygges, at operationer må aflyses, fordi andre operationer trækker ud.
- øget fleksibilitet ved afvikling af operationsprogram. Ved behov for akut operationskapacitet i dagstid arbejder Hjertercentret på at øge den planlagte operationskapacitet - dels ved mere fleksibel afvikling af det planlagte operationsprogram, dels ved optimeringer af arbejdsgange og vagtstrukturer for at undgå aflysninger i det planlagte operationsprogram.
- endelig har hjertercentret i april 2018 etableret et ekstra operationsleje til akutte patienter for at skabe bedre balance mellem den kapacitet, der er afsat til akutte og planlagte patienter. Det har skabt mere ro om håndteringen af de akutte patienter.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ingen konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen har ingen risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Charlotte Hosbond / Hanne Rasmussen

JOURNALNUMMER

17007861

4. DRØFTELSE: STATUS PÅ DET PALLIATIVE OMRÅDE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Med Region Hovedstadens konstitueringsaftale for 2018-2021 er det vedtaget, at regionen skal arbejde med at styrke og udbrede brugen af palliativ behandling. I denne sag gives en status på området samt udviklingsmuligheder.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At drøfte status og det videre arbejde med det palliative område.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Formålet med den palliative indsats

Palliation er det sundhedsfaglige ord for lindring. Når mennesker får en livstruende sygdom, kan den palliative indsats hjælpe til at lindre de lidelser, der er forbundet med at få og leve med sygdommen. Med Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den palliative indsats fra december 2017, er der et styrket fokus på, at alle patienter med livstruende sygdom uanset diagnose skal sikres den nødvendige palliative indsats.

Den enkelte patients lidelser kan både være fysiske (fx smerter, vægttab og forstoppelse), psykiske (fx angst, sorg og depression), sociale (fx arbejdsmæssige og økonomiske) og eksistentielle (fx spørgsmål som meningen med livet og sygdomme og livet efter døden).

Gennem lindring kan livskvaliteten fremmes hos patienten og dennes pårørende - og de efterladte, når patienten dør. Da patienternes problemer og forudsætninger er forskellige, er det nødvendigt med en helhedsorienteret palliativ indsats, der tager udgangspunkt i den enkelte patients behov.

I Region Hovedstaden varetages den palliative indsats på hospitalerne, hospice, i kommunerne og i almen praksis. Behandlingen kan enten gives i den syges eget hjem eller under indlæggelse på hospitalet, hospice eller på plejehjem.

Den palliative behandling

Mennesker, der får en livstruende sygdom som kræft, kronisk hjerte-, nyre- eller lungesygdom, kan både have behov for lindring og støtte til øget livskvalitet samtidig med behandling af patientens sygdom i den tidlige sygdomsfase, igennem sygdomsforløbet og i den afsluttende livsfase. Den palliative behandling inddeles på den baggrund i 3 faser: Den tidlige, sene og terminale palliative fase.

Den tidlige palliative fase	Den sene palliative fase	Den terminale palliative fase
Kan vare i flere år	Kan typisk vare i måneder	Kan typisk vare i dage til uger
Patienten vil ofte være i livsforlængende (evt. helbredende behandling)	Helbredende behandling er ophørt	Helbredende behandling er ophørt
Der vil ofte være overlap mellem den rehabiliterende og palliative indsats	Fokus i den palliative indsats er på lindring og livskvalitet	Fokus i den palliative indsats er på lindring. Efterfølgende er indsatsen støtte til efterladte

De fagprofessionelle arbejder med den palliative pleje og behandling på to forskellige niveauer:

Et *basalt niveau*: Her vil patienterne få pleje og behandling som en del af den hjælp og behandling, de allerede modtager. Det kan fx være på den kræftafdeling, kirurgiske eller medicinske afdeling, hvor patienten er indlagt, i almen praksis, et plejehjem eller af den kommunale hjemmesygepleje.

Et *specialiseret niveau*: På det specialiserede niveau er det fagpersoner, der udelukkende arbejder med palliation, der varetager pleje og behandling. Det kan fx være på af et udgående palliativt team, der kommer i patientens eget hjem, på en palliativ afdeling på hospitalet eller på hospice.

Flertallet kan få den nødvendige palliative indsats på det basale niveau, men nogle patienter har flere og komplekse problemer, der nødvendiggør en specialiseret indsats og flere samtidige fagpersoner i behandlingen som læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere, psykologer og præster.

Udvikling af det palliative område i Region Hovedstaden

På baggrund af drøftelse med både fagpersoner og flere politiske udvalg vedtog regionsrådet den 16. april 2016 4 pejlemærker for regionens arbejde med det palliative område:

- ┆ Der skal være lighed i tilbuddet om palliativ indsats
- ┆ Der skal sikres en tidlig indsats ved behov
- ┆ Den palliative indsats skal være effektiv
- ┆ Flere, der ønsker det, skal kunne dø i eget hjem

Pejlemærkerne er stadig retningsgivende for udviklingen af det palliative område i Region Hovedstaden. I de kommende år er der især brug for at styrke den palliative indsats inden for kapacitet, forskning og uddannelse, hvis patienterne skal tilbydes en effektiv palliativ behandling i regionen.

Kapacitet

Den palliative indsats har de senere år udviklet sig fra især at behandle kræftpatienter til også at omfatte patienter med anden livstruende sygdom end kræft. Samtidig har der været et stort offentligt fokus på det palliative område. Udviklingen har medvirket til en øget efterspørgsel og pres på de palliative tilbud. Derfor står hospitalerne overfor en kapacitetsmæssig udfordring i forhold til at dække den specialiserede indsats for hele målgruppen.

Region Hovedstadens Sundhedsfaglige Råd for Palliativ Behandling har derfor udtrykt et behov for, at der arbejdes på at kunne øge sengekapaciteten og de udgående palliative teams, hvis efterspørgslen i højere grad skal kunne imødekommes. En udvidelse af aktiviteten på de specialiserede palliative enheder på hospitalerne kan også have en positiv indvirkning på ventelisterne til en hospiceplads. Bilag 1 viser kapaciteten på det palliative område.

Forskning og uddannelse

Forskning og kvalitetsudvikling er afgørende for at kunne sikre et specialiseret palliativt område af høj faglig kvalitet. De specialiserede palliative enheder oplever udfordringer i forhold til ressourcemæssigt at kunne prioritere forskningsaktiviteter på det palliative område. Det vil i de kommende år være vigtigt at prioritere en øget forskning med fokus på palliative forløb og behov hos patienter med anden livstruende sygdom end kræft.

Der er generelt mangel på kompetent personale på det palliative område i Danmark, og en stor del af de ansatte fuldtidsoverlæger på de palliative afdelinger er ikke uddannet i palliation. Hospitalerne giver udtryk for, at det er en stor udfordring, at der langt fra er tilstrækkelige pladser på den nordiske uddannelse i palliation i forhold til det reelle behov. Behovet for uddannelse gælder både læger i specialiseret palliation, men uddannelsen er også relevant for læger i almen praksis og på det basale niveau. Uddannelsen er den eneste i de nordiske lande, og Danmark råder kun over 8 pladser på uddannelsen hvert andet år.

Igangsatte palliative indsatser i Region Hovedstaden

Der er de senere år igangsat flere initiativer for at styrke den palliative indsats i Region Hovedstaden for både børn og voksne med livstruende sygdom.

Døgndækkende palliativ rådgivningstelefon

Region Hovedstaden har primo 2017 oprettet en palliativ rådgivningstelefon, som giver praktiserende læger og speciallæger, læger på akuttelefonen 1813 samt læger på det basale niveau på hospitalerne

mulighed for at få hurtig rådgivning fra en hospitalsspecialist i palliativ behandling. Adgangen til rådgivningen er med til at sikre, at patienter kan modtage en bedre palliativ indsats og kan blive længst muligt i eget hjem.

Udgående palliative teams

Sundheds- og Ældreministeriet har med den nationale handlingsplan fra 2016 om en "Styrket indsats for den ældre medicinske patient" afsat midler til udgående funktioner, hvoraf regionsrådet i april 2017 vedtog at afsætte 13,7 mio. kr. årligt i varige midler til en udvidelse af regionens udgående palliative teams til også at omfatte patienter med anden livstruende sygdom end kræft. Region Hovedstadens udgående palliative teams kører hjem til patienter med livstruende sygdom og giver den palliative behandling.

Med de tildelte midler har hospitalerne udvidet de palliative teams med flere fagpersoner som læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og psykologer. De specialiserede palliative enheder samarbejder med de relevante specialer på hospitalerne om udvidelsen af de udgående palliative teams, der kører ud og giver patienterne palliativ behandling i hjemmet. Det kan fx være patienter med en kronisk og fremskreden lunge-, nyre- eller hjertesygdom.

Palliativt team for børn og unge

Region Hovedstaden har i juni 2016 oprettet et "Palliativt Team for Børn og Unge" (PABU) under BørneUngeklínikken på Rigshospitalet. Børnene og de unge samt deres forældre kan enten modtage den palliative indsats på Rigshospitalet eller i familiens eget hjem.

Nationale erfaringer viser, at de fleste familier ønsker at være hjemme længst muligt, og at barnet/den unge skal dø hjemme. Sundheds- og Ældreministeriet vil med udspillet "Børn med livstruende sygdom" fra 2017 i de kommende år blandt andet udmønte midler til etablering af døgntelefoner i regionernes udgående børnepalliative teams for i højere grad at kunne imødekomme familiernes ønske om, at flere børn med livstruende sygdom kan dø hjemme.

KONSEKVENSER

Administrationen vil arbejde videre med udgangspunkt i udvalgets drøftelse og ønsker til udviklingen af den palliative indsats i regionen.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

På baggrund af udvalgets drøftelse af status og udviklingen af det palliative område i Region Hovedstaden vil udvalgets ønsker blive taget med i det videre arbejde.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Charlotte Hosbond

JOURNALNUMMER

10000617

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Oversigt over kapacitet maj 2018

5. ORIENTERING: HOSPICE I REGION HOVEDSTADEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Med Region Hovedstadens konstitueringsaftale for 2018-2021 er det vedtaget, at regionen skal arbejde med initiativer, der kan sikre en værdig død med bl.a. mulighed for hospicepladser eller tilbud om støtte i eget hjem. I denne sag gives en orientering om hospiceområdet i Region Hovedstaden.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget

- At tage orienteringen om hospice i Region Hovedstaden til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Formålet med hospice

Et hospice er for uhelbredeligt syge og døende patienter, hvor den helbredende og livsforlængende behandling er ophørt. Behandling, pleje og omsorg vil derfor være af lindrende (palliativ) karakter, så den sidste levetid kan være så god som mulig. Et hospice er oprettet som en selvejende institution, der har driftsoverenskomst med den pågældende region.

Sundhedsudvalget er besøg på Sankt Lukas Hospice, hvor Thomas Feveile, hospiceleder, vil vise rundt og holde et oplæg.

Målgruppen og henvisning

Hospiceophold hører under reglerne om frit sygehusvalg. Det betyder, at det er gratis at komme på hospice, og at patienten selv kan vælge hospice. Hvis patienten ønsker at modtage behandling af et udgående hospiceteam i eget hjem, vil det være fra et hospice i det planområde, patienten tilhører.

Hvis en syg ønsker at komme på hospice, kan enten den praktiserende læge eller hospitalslægen sende en henvisning til hospice. For at kunne komme på hospice for voksne i Region Hovedstaden, skal følgende kriterier være opfyldt:

- Patienten skal være fyldt 18 år
- Patienten er ikke længere i helbredende behandling
- Patienten er livstruende syg
- Patienten har behov for pleje og behandling, der kræver en specialiseret palliativ (lindrende) indsats
- Patienten skal ønske at komme på hospice og vide, at behandlingen udelukkende er lindrende

Regionens Hovedstadens hospices modtager patienter med livstruende sygdom uanset diagnose, men den primære målgruppe på regionens hospices er kræftpatienter. Der er generelt mangel på hospicepladser, så det er ikke alle henviste patienter, der efterlever visitationskriterierne, som modtager en hospiceplads. I 2016 modtog 70 % af de henviste patienter, der opfyldte kriterierne for behandling på hospice, en ledig hospiceplads. Den gennemsnitlige indlæggelsestid på hospice er cirka 3 uger.

Hospices i Region Hovedstaden

Der er 4 hospices i Region Hovedstaden med samlet set 74 sengepladser jf. nedenstående tabel:

Hospice	Pladser
Arresødal Hospice, Frederiksværk	12
Diakonissestiftelsens Hospice, Frederiksberg	16
Hospice Søndergård, Måløv	16
Skt. Lukas Hospice og udgående team, Hellerup	24
Lukashuset, aflastning, lindring og hospice for børn og unge, Hellerup	4
Bornholmske hospicepladser, Bornholms Hospital	2
Total	74

Bornholms Hospital har i samarbejde med Diakonissestiftelsens Hospice etableret 2 hospicesenge i tilknytning til den palliative enhed på hospitalet i 2017. 2 af Søndergård Hospices pladser etableres først i 2. halvår 2018.

Region Hovedstadens har driftsoverenskomst med alle 4 hospices for voksne patienter, men regionen har endnu ikke driftsoverenskomst med Lukashuset, der hører under Skt. Lukas Hospice (Skt. Lukas Stiftelsen) og er for børn og unge med livstruende sygdom.

Alle Region Hovedstadens hospices har endvidere hjemmehospice/udgående hospiceteams, der yder en specialiseret lindrende pleje, omsorg og behandling hjemme hos patienter, der ønsker at være og dø i eget hjem.

Indretning og fokus i Region Hovedstadens hospices

Regionens hospices er indrettet med fokus på ro og så hjemlige rammer som muligt, hvor den syge kan tilbringe den sidste tid med sin familie, som den enkelte patient ønsker det.

Omsorgen, plejen og den lindrende behandling bliver planlagt sammen med den syge og dennes pårørende ud fra de individuelle behov og ønsker. Derfor findes der heller ingen fast døgnrytme, da alt foregår med respekt for patientens og de pårørendes ønsker og værdien af det enkelte menneske.

Kontakten til de pårørende er tæt, og de pårørende kan stort set komme og gå, som der er behov for. Regionens hospices er således både for den syge og de pårørende, og støtte til de pårørende og efterladte ved død er derfor også et centralt fokus i den lindrende indsats på hospice.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Forelægges sundhedsudvalget den 20. juni 2018.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Liza Egesberg Bøhme

JOURNALNUMMER

10005609

SUNDHEDSSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

20-06-2018 12:30

MØDESTED

Sankt Lukas Hospice

MEDLEMMER

Christoffer Buster Reinhardt	Formand
Leila Lindén	Næstformand
Annie Hagel	Medlem
Christine Dal	Medlem
Finn Rudaizky	Medlem
Jesper Clausson	Medlem
Karin Friis Bach	Medlem
Karoline Vind	Medlem
Lars Gaardhøj	Medlem
Line Ervolder	Medlem
Niels Høiby	Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - Sundhedsudvalgets arbejdsplan

1. MEDDELELSER - SUNDHEDSUDVALGETS ARBEJDSPLAN

MEDDELELSER

Tentativ arbejdsplan for sundhedsudvalget 2018:

Arbejdsplanen er vedlagt i bilag 1.

JOURNALNUMMER

18000993

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Sundhedsudvalgets tentative arbejdsplan for 2018_20180613

Opsamling på dialogmøde om ny hospitalsplan

Herlev Hospital den 16. marts 2018

Stemmefordelinger og argumenterne for stemmeafgivelser på dialogmødet er opsummeret nedenfor. Argumenterne er oplistet i vilkårlig rækkefølge.

1. session: Dialog om borgere med specialiserede behov

Hvad foretrækker borgere med behov for specialiseret behandling – fx nærhed, kvalitet eller et forløb uden unødvendige overgange mellem hospitaler?

Sammenhængende
patientforløb?

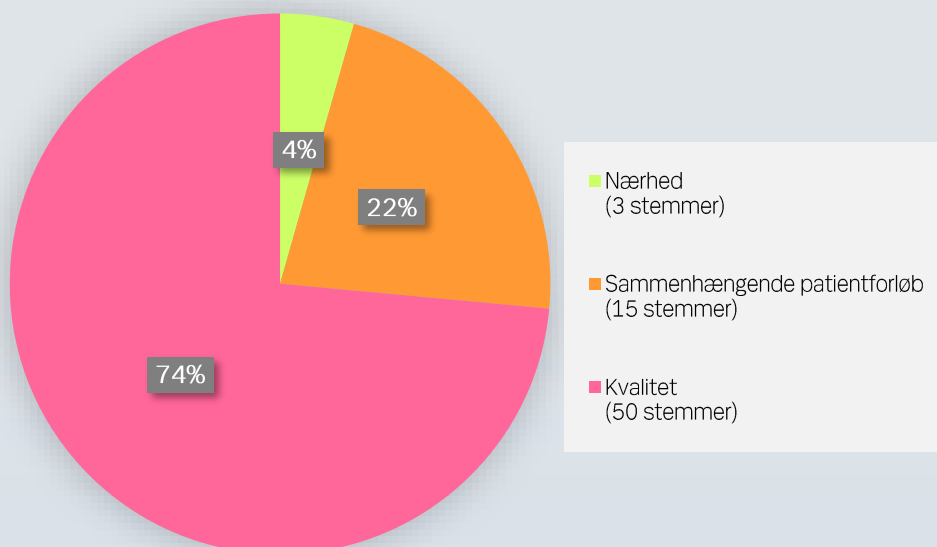


Kvalitet?



Nærhed?

Stemmefordeling



Argumenter for princippet om nærhed

- Nærhed er også kvalitet. Det, der mængdemæssigt giver mening at lægge lokalt, skal lægges lokalt. Nærhed fremmer også, at de vi undgår ulighed i sundhed, da udsatte borgere kan føle, at længere afstand er uoverskuelige.
- I den højt specialiserede funktion er nærheden af mindre betydning, især i et tæt befolket område som Region Hovedstaden. Nærhed kan opnås via telefon og videokonference.

Argumenter for princippet om sammenhængende patientforløb

- Sammenhængende forløb fører til færre utilsigtede hændelser, skaber tryghed for patienterne og er centralt for kvaliteten.
- Vigtigt at der er fokus på at patientens behandlingsforløb er planlagt og udført med udgangspunkt i patientens situation, og at det er personalet, der står for planlægningen.
- Sammenhæng og kvalitet kan ikke adskilles.
- Kvalitet er også sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer
- Sammenhæng i forløbet er meget vigtigt, specielt når man har flere forskellige sygdomme, som begge er specialiserede, fx karkirurgi og gynækologiske sygdomme. Når man skal sendes langt væk (fx Kolding) fra København samt behandles på Herlev; Kvalitet er også meget vigtigt
- Ikke nødvendigvis som i samme behandlingssted, men som i et overskueligt forløb med patientansvarlig læge. Mindre specialiserede behandling som fx blodtransfusion skal ligge tæt på borgerens bopæl.
- Vigtigt at udgangspunktet er inddragelse og dialog med patienter og pårørende med henblik på forståelse og mestring af egen somatisk og psykiatrisk sundhed/sygdom. Kvalitet i behandlingen er vigtig og kan understøtte sammenhængende forløb. Den patientansvarlige læge sikrer kvalitet og sammenhængende forløb
- Skab sammenhæng for de patienter, der skubbes med, fx svært handicappede.
- Vi vil alle tre ting, men der, hvor vi især kan forbedre, er sammenhæng.
- Høj kvalitet i patientbehandling er helt afhængig af sammenhæng i patientforløb. Det sammenhængende patientforløb er kritisk nedprioriteret. Er kommende hospitalsplan bør derfor i høj grad afspejle "det sammenhængende patientforløb".
- Sammenhæng patientforløb forudsat at der leveres indsats baseret på faglig, videnskabelig evidens; statistisk analytisk planlægning; og nærhed forudsat at faglig kvalitet kan leveres.
- I den specialiserede behandling vil der for at sikre høj kvalitet være flere afdelinger/hospitaler involveret i et udrednings- og behandlingsforløb. Det stiller krav til de involverede afdelinger om at samarbejde for at sikre et sammenhængende patientforløb uden tab af information ved overgange – og en patientansvarlig læge til at styre forløbet.
- Nærhed uden mursten

Argumenter for princippet om kvalitet

- Fordi kvalitet kun kan lade sig gøre, hvis forløbet også er sammenhængende
- Bedste outcome. Transport mindre vigtigt for at få højt specialiseret behandling. Obs, mange har flere forskellige sygdomme, hvilket kræver flere specialer
- For mig vægter kvalitet højest. Jeg vil fx ikke opereres af en læge, der ikke kvalitetsmæssigt er virkelig dygtig til sit arbejde. Og hellere opereres af en, der har 5.000 af denne operation om året end en der har 5 om året.
- Kvalitet fremfor nærhed og sammenhængende patientforløb – for at fremme positive resultater.
- Man kan skabe sammenhæng med de elektroniske muligheder, som vi har i dag. Nærhed er andet end km og minutter.
- I det svære valg mellem sammenhæng og kvalitet, prioriterer jeg kvalitet. Hvis ikke behandlingen helbreder patienten, så er vi lige vidt. Men sammenhæng er meget vigtigt for at få høj kvalitet og et godt forløb som patient.
- Kvaliteten i behandlingen er en forudsætning for at tale nærhed. Sammenhænge i patientforløb skal være med til at sikre at kvaliteten efterleves.
- Kvalitet vægtes højest, geografisk er vi en lille region med et stort indbyggertal. Men det efterfølges selvfølgelig tæt af nærhed og sammenhængende patientforløb
- Med specialisering kan afdelingerne ikke klare sig alene. Koordinering/sammenhæng på tværs er derfor centralt.
- Kvalitet for at sikre bedst behandling med erfarne personaler. Husk koordinering = kvalitet.
- Fokus på mindre ulighed i sundhed. Borgere med psykiatrisk handicap dør tidligere end andre borgere, fordi symptomerne på kræft ikke optages i tide. Derfor fokus på kompetence af medarbejdere på hospitaler, og samarbejde og sammenhæng i behandling af svageste borgere (hospital og botilbud for borgere med svære handicap.
- Kvalitet er vigtigst, herunder er sammenhængende patientforløb en vigtig kvalitet. Nærhed i kræftbehandling er af mindst betydning – vores afstande er jo små "i den store sammenhæng".
- Kvalitet i sammenhæng i behandlingsforløbet.
- Kvalitet vurderes i sidste ende på overlevelsen, men jeg mener ikke, at det sammenhængende patientforløb helt kan adskilles fra kvalitet/overlevelse. Samling af kompetencer når det gælder livstruende sygdomme som kræft skal vægtes.
- Kvalitet er afgørende, men en manglende sammenhæng kan hæmme kvaliteten. Dette kan dog afhjælpes ved koordination: Patientansvarlig læge, telekonferencer m.m.
- Kvalitet og sammenhæng/koordination
- Komplekse sygdomsforløb kræver stærk specialisering. Kvalitet først.
- For mig er kvaliteten det vigtigste, men man skal huske, at det sammenhængende patientforløb er vigtigt. Jeg vil køre langt for den bedste behandling.
- Høj specialisering. Sammenhæng og udvikling.
- Samling af specialer har løftet den højt specialiserede behandling. Derfor er kvalitet afhængig af samling.
- Kvalitet af hensyn til helbredelse.
- Den faglige kvalitet er vigtigst.
- Uden kvalitet ingen god behandling.
- Kvalitet, fordi lungekræft er en alvorlig og livstruende sygdom. Sygdommen er kompleks og kræver højt specialiseret behandling.

Fortsættes næste side →

Argumenter for princippet om kvalitet (fortsat)

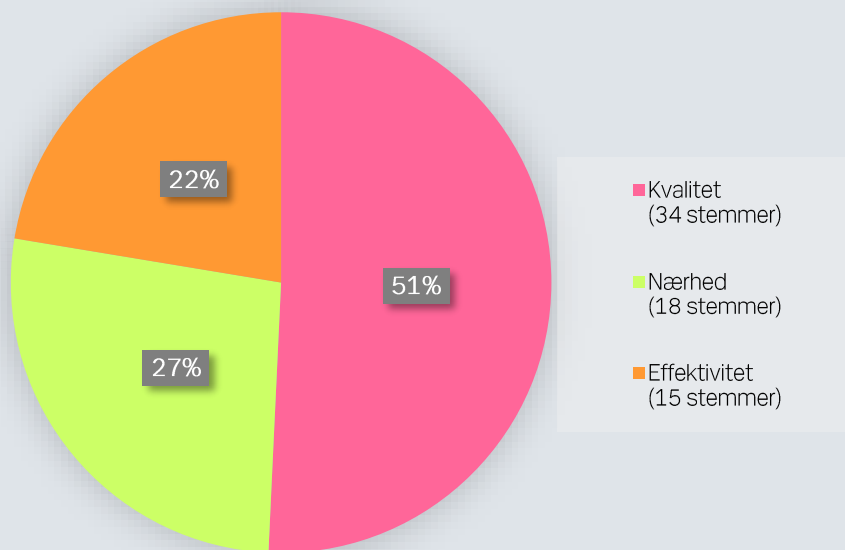
- Kvalitet – sammenhængende patientforløb er et middel.
- Kvalitet med/via sammenhængende patientforløb og i forhold til patientens tilstand.
- Kvalitet kan være nærhed, hvis sundhedspersonalet kommer til konsultationer på andre hospitaler.
- Udnyt bedre at vi er en geografisk set lille region med mange borgere. Samling giver bedre patientbehandling og forskning. Mulighed for udefunktion, hvor læger og sygeplejersker tager ud på nærhospitalet.
- Kvalitet giver sammenhæng. Høj kvalitet er afgørende for hospitalsbehandling.
- Kvalitet vægtes højest. Er man syg, vil man undersøge og behandles af den bedste, men kvalitet kan ikke afskilles fra sammenhæng.
- Nærhed i det store for at sikre kvaliteten
- Kvalitet fordi jeg bor lige langt fra alle hospitaler, jeg vil gerne være helt rask, og sammenhæng er også vigtigt, men Sundhedsplatformen løfter med på dette.
- Kvalitet afføder sammenhængende patientforløb og omvendt [kan ikke tydes].
- Øvelse gør mester, overlevelseschance, forskning, matrixstruktur af ledelse giver tab af viden m.m., og sammenhængende patientforløb må vi simpelthen kunne løse logistisk, fx Patientansvarlig læge, egen læge.
- Kvalitet med sammenhæng i forløb for at mindske sygelighed og dødelighed og øge sikkerhed.
- Kvalitet for den enkelte kræftform og den enkelte patient. Svært at skille fra sammenhængende patientforløb.
- Kvalitet må prioriteres højest for højt specialiseret behandling. Sammenhæng er også vigtigt, men er allerede godt på vej mellem regionens hospitaler, fx via fælles elektronisk system, kendskab til specialister på de andre hospitaler, Patientansvarlig læge, udveksling af resultater for billeddiagnostik og blodprøver.
- Kvalitet kontra nærhed. Eventuelt læg mere udredning ud lokalt.
- Kvalitet men med fokus på sammenhæng som det vigtige biprodukt.
- Kvalitet plus sammenhæng
- På det højt specialiserede vil kvalitet og korrekt behandling være vigtigt. Det kræver kritisk masse.
- Kvalitet i sammenhæng - sammenhæng i kvalitet. Niveauer for specialisering? Kræftbehandling med mange forskellige behandlinger kræver relationel koordinering mellem behandlere og familie/den syge.
- Kvalitet vægtes højest, dog mere sammenhængende patientforløb som en forudsætning for kvalitet.
- Kvalitet i sammenhængende forløb.
- Kvalitet i behandling er væsentligt for kræftbehandlingen. Sammenhængende patientforløb vil sekundært øge kvaliteten.
- Kvalitet afgørende for alvorlig lidelse som lungekræft. Sektorskift er jo ikke ligegyldig, hvis ikke patientforløbet er sammenhængende, kan det gå ud over kvaliteten. Nærhed må underordnes. Optimeret patienttransport og eventuelt udbygget patienthotel er en mulighed for de længerevarende forløb.

2. session: Dialog om borgere med behov for akut behandling

Hvordan vægter vi fx nærhed over for kvalitet og effektivitet?



Stemmefordeling



Argumenter for princippet om kvalitet

- Kvalitet skal svare til behandlingsbehov. Nærhed kan i nogle tilfælde dog også være vigtigt.
- Kvalitet. Et akut tilbud skal kunne modtage 24/7/365. Der skal kunne tages blodprøve og røntgen.
- Kirurgi og medicin skal minimum være til stede. Effektivitet inklusiv lægevisitation.
- Kvalitet i visitation til og på akutklinik- og modtagelse
- Nærhed skal dog tænkes ind i form af sundhedshuse med udvidede åbningstider.
- Nedlæg akutklinik giver bedre behandling
- Kvalitet og tiltro til at du som akutpatient får den rigtige behandling
- Kvalitet er en nødvendighed
- Kvalitet! Men er det akutte i 'småtingsafdelingen' betyder nærhed en del. Men ingen behandling af en 'specialist' uden de nødvendige kompetencer – så vil jeg det rette sted hen.
- Vigtigt! At ældre patienter med div. uspecifikke symptomer kan få rigtig hjælp ved første kontakt.
- Det går ud over kvaliteten, hvis tilbuddet ikke har rette dimension
- Kan ikke adskilles fra effektivitet
- Kvalitet på akutklinikker sammen med nærhedsprincippet. Jeg er bange for at effektivitet går ud over patienten.
- Hellere kvalitet end nærhed! Hvis jeg alligevel skal videre!
- Kvalitet er primær parameter i akut behandling
- Kvalitet for akutmodtagelserne. Nærhed og effektivitet for akutklinikker – [kan ikke tydes] end akutklinikker kun på matrikler med akutmodtagelser – evt. sammen med vagtlægesporet.
- Kvalitet i behandlingen sikre større overlevelse når der er tale om et 'reelt' akut problem. Der er dog store vanskeligheder i den præhospitale visitering, som giver overload på akutafdelingerne.
- Med en stærk visitation – så effektivitet ikke mistes
- Kvalitet ja tak. Kan egen læge 'få mindre kvalitetstid til patienter' hvis andre faggrupper 'kan komme til'.
- Ved at satse på og yde en bedre kvalitet effektiviseres arbejdet samtidig (resultatet)
- Kvalitet efterspørges [kan ikke tydes]
- Kvalitet i visitation. 1813 skal have viden (læge) til at bedømme læge optimalt
- Kvalitet. Det er vigtigst at få den bedste behandling. Effektivitet og nærhed skal ikke gå ud over kvaliteten
- Vurdering og behandling et sted – akutmodtagelser. Organisering bør tage hensyn til at en del patienter kan vurderes på 'lavt niveau' = fast track. Forskellige specialer kan være umiddelbart tilgængelige.
- Kvalitet. Vigtigt at skabe ordentlige, trygge omgivelser
- Kvaliteten er i højsædet. Kvaliteten er meget vigtigt for patienten som helhed. Akutmodtagelserne har måske lang ventetid og bedre udstyr samt specialisten. Hvis 1813 bliver bedre til at visitere patienten. Nærheden gør patienten tryk og er med til at oplevelsen for besøget på akutklinik bliver positivt.
- Kvalitet er også effektivitet
- Kvalitet fordi afstandene er ikke så store og 3 % er for mange der skal overflyttes fra akutklinik til akutmodtagelse. Nærhed har stor psykologisk betydning, og man kunne oprette sundhedshuse med udvidet funktion som erstatning for de akutklinikker som nedlægges.
- Nærhed er også et kvalitetsparameter i det nordlige område. Ellers er der overdrevent luksus i midt/byen og syd.

Argumenter for princippet om nærhed

- Vigtigt at der er nære akuttilbud for de svage borgere + fokus på at borgerne kan komme hen til akuttilbuddet.
- Hvis vi ønsker, at kunne fokusere specialiseret energi på patienter, der har brug for det. Patienter med småskader har overskud til at brokke sig og skabe dårligt arbejdsmiljø – klar dem hurtigt = godt arbejdsmiljø og tilfredse patienter, som er gode repræsentanter for vores sundhedsvæsen. De får en god oplevelse.
- Nærhed og kvalitet prioriteres højt i forhold til borgere med handicap. 1813 duer ikke til psykisk handicappede borgere.
- Sæt fokus på visitering til 1813 i forhold til klinik eller modtagelse.
- Nærhed pga. mindre skader skal ordnes hurtigt. Men kræver absolut højkvalificeret 1813 – så større skader ikke kommer forkert -> flytning for patienter/tab af liv/skaden større
- Det der ikke er svært, skal vi klare nært. Det synes jeg kan være et fint motto for akutområdet. Når kun 3 % af patienterne overflyttes fra klinik til modtagelse tyder det jo på, at 97 % kan klares mere lokalt. Central visitering er vigtigt: Man skal vurderes korrekt. Transport er en større gene ved akutte tilfælde. Ventetiden skal dog også [kan ikke tydes] ved central visitering, som også kan højne effektiviteten ved at fordele patienterne jævnt.
- Nærhed med kvalitet – kvalitet med nærhed. Stort er ikke altid = kvalitet og slet ikke nærhed.
- Luk akutklinikkerne på Gentofte og Glostrup. Bevar Frederikssund, Helsingør, Amager
- Sammen med nærheden
- Kvalitet og effektivitet er vigtig. Nærhed til mindre skader er også vigtigt. Er de store akutklinikker store nok til at modtage 184.000 nyt patienter, hvis akutklinikkerne skal lukkes.
- Akutklinikker nær ved. Nærhed er vigtig for borgergrupper med psykisk handicappede i botilbud. Nærhed, hvor man kender til de sårbare grupper. 1813 duer ikke til psykisk handicappede borgere.
- Nærhed koster, men det giver meget værdi. Tallene viser, at kvaliteten er god nok på akutklinikkerne, når kun 3 % sendes videre til akutmodtagelse.
- Fleksibel plan. Akutklinikker efter behov X større afstande i nord. Flere almenmedicinere i akutklinikkerne! Nærhed er vigtig for borgernes følelse af tryghed.
- Til de mindre skader. De mere alvorlige skal naturligvis på specialiserede steder.
- Det må være muligt at prioritere nærhed. Kvaliteten er OK både på akutmodtagelse og på akutklinikken. Det viser den lave overflytningsprocent på 3 % fra akutklinik til akutmodtagelse.
- Kvalitet overfor nærhed og effektivitet, men det er for simpelt at sammenblande småskader, hvor nærhed betyder meget for den samlede oplevelse, med alvorlige behandlingskrævende tilstande, hvor kvalitet betyder alt.
- Gør det til en del af sundhedsaftale 2019-2022. At kommune, region og almen praksis skal samarbejde ud fra et 'akut forløbsprogram'. Der skal også være kvalitet i det nye, nære akuttilbud i kommunerne.

Argumenter for princippet om effektivitet

- Kommer an på hvad man fejler. De fysiske rammer er ikke til flere patienter og patientforløb alle steder. Kapacitet.
- Det er tvingende nødvendigt at vi forholder os til effektivitet. Den er en præmis!
- Effektivitet inkluderer også kvalitet, fordi det er den bedste sundhed for pengene. I akutbehandling er tid en vigtig faktor, og det er vigtigt med et velfungerende flow. Det er også vigtigt med et stort volumen på akutmodtagelserne for at sikre de rette kompetencer.
- Godt med en central visitation, der kan udnytte ressourcerne (udenfor dagtiden). Vigtigt at udvikle en god faglig kultur, der har ansvar for en god ressourceudnyttelse. Værdier om patientens behov og omsorg for de syge er helt centrale
- Effektivitet & nærhed & kvalitet. Vi vil det hele. Hvis almen praksis 'tager fra', kan vi skru ned for akut-klinikkerne.
- Mindre akutklinikker kan løse små akutte problemer billigt og effektivt. Almen praksis og speciallægepraksis kunne tænkes ind på dette område.
- Nedlæg akutklinikker, spar penge
- Samarbejde mellem region og kommuner – så flere akutte indlæggelser kan undgås – gennemgang af belastning af akutmodtagelser og vagthold, da akutfunktioner er dyre og flere patienter kan ses til en subakut tid næste dag.
- Det er en politisk beslutning, om vi vil regulere borgernes adgang til akutklinikker og akutmodtagelse. Men det moderne menneske ønsker/forventer et sundhedsvæsen, der er åbent 24/7 og tilgængeligt (uden nævneværdig ventetid). Men det er dyrt. Spørgsmål er, om investering i tryghed og tilgængelig trods alt er godt givet ud – andre steder.
- Vores nærhedstækning mht. akutklinikker er en bremse for kvalitet og effektivitet i de akutte modtagetilbud.
- Effektivitet er også kvalitet.
- Effektivitet betyder rigtig meget i forhold til akutbehandling, eftersom at systemet for folk, der har et akut problem, skal igennem et streamlined system. Hvis jeg ankommer til et sted indenfor gåafstand af mit hjem, er det ligegyldigt, hvor langt der er til det, hvis jeg 8 timer senere og 3 forskellige systemer stadigvæk ikke er blevet behandlet, så har jeg et problem. Det er det samme med kvalitet, hvis jeg ikke kan få fat i den rette læge, inden mit problem er blevet kritisk eller fatalt, betyder det intet, om den læge jeg så er verdensklasse geni inden for sit område.
- Akutklinikker er i dag 'ventil' or hele akutområdet. Fornuftig visitering kan hjælpe med at udligne trykket ved at tage det ukomplicerede og dermed øge effektivitet og give kvalitet for borgerne.
- Udnyttelse af ressourcerne bedst muligt giver den bedste service for borgerne.
- Kan ikke adskilles fra kvalitet.

3. session: Dialog om borgere med behov for nære sundhedstilbud

Hvordan skal det nære sundhedsvæsen i Region Hovedstaden se ud i fremtiden?

Der blev ikke stemt i forhold til borgere med behov for nære sundhedstilbud.

Input til nære sundhedstilbud i Region Hovedstaden

- Høj ensartet kvalitet, at der tænkes i helheder for patienten og specielt ved multisygdom, at al kommunikation i forløbet er målrettet borgeren og de pårørende, og alle tilbud er fuldt tilgængelige.
- Sundhedshus Amager lyder spændende.
- Samle læger i forhold til kroniske sygdomme, samarbejde skal øges på tværs af kommuner og hospitalet, og kronikere i sundhedshuse.
- Praktiserende læger og lokalt tilbud optimeres, men det kræver prioritering af opgaver for de praktiserende læger.
- Hospitalsplan eller sundhedsplan. Problem, værdi og tværsektorielt.
- Mere ambulant behandling, opgaveglidning mellem faggrupper, og flere penge til psykiatrien.
- Kommunale tilbud, praktiserende læger og praktiserende speciallæger i samarbejde med hospitalsafdelinger, fx delestillinger, mulighed for supervision og akut bistand.
- Der skal udarbejdes en samlet plan på tværs af stat, regioner og kommuner. Herefter kan man tilpasse rollerne mellem region, kommunerne og praktiserende læger.
- Det er vigtigt med samarbejde kommunerne imellem, hospitalerne skal være bedre til at støtte kommunernes personale, og kvaliteten i det nære sundhedsvæsen.
- Det er godt med nært sundhedsvæsen, da det lokale betyder meget. Men det er meget vigtigt, at de forskellige [kan ikke tydes] arbejder sammen.
- Der må/skal sættes en grænse for, hvad der sker i eget hjem. Tænk på de pårørende.
- Der er behov for kommunikation mellem kommunal sygeplejerske og sygehuslæge ved tværsektorielle forløb. Fokus på patientens behov.
- Nære sundhedsvæsen skal styrke samarbejdet mellem patient og de professionelle i de forskellige sektorer.
- De praktiserende læger skal være mere tilgængelige og have andre opgaver.
- Mange opgaver på hovedfunktionsniveau skal løses i speciallægepraksis. Dette frigiver ressourcer til svært syge patienter. Man skal sikre at uddannelsen af yngre læger følger med.
- Vi bliver nødt til at tage en diskussion af overbehandling – og uværdig behandling af døende. Kræver input fra lægefaglig side, evt. som opdrag fra politisk side. Ser vi den rigtige patient – det rigtige sted – og på det rigtige tidspunkt?
- Udnyttelse af telemedicin til monitorering og behandling i eget hjem ad modum "Epitalet" til langt flere kroniske sygdomme, herunder patientuddannelse i egen sygdom.
- Glem ikke almen praksis skal have tid til andet end kronikerbehandling og akutbehandling.

Fortsættes næste side →

Input til nære sundhedstilbud i Region Hovedstaden (fortsat)

- Almen praksis står centralt i det nære sundhedsvæsen. Lad os udfordre/provokere. I 2030 skal det være slut med at nedsætte sig i solopraksis. Der skal dannes fællesskaber.
- Attraktiv rekrutteringsplan til almen lægepraksis.
- Stop silotænkning. Planlægning på tværs: Sygehus – kommune – praksis.
- Sundhedshuse. Samarbejde mellem kommunale tilbud og almen praksis.
- Det nære sundhedsvæsen bør tænkes tæt sammen med det kommunale tilbud og praktiserende (special) lægers virke, og det bør tænkes sådan, at det rigtige tilbud (samfundsmæssigt) også bliver det nemme tilbud.
- Opgiv silotænkning. Hospitalsplan og praksisplan koordineres. Brug praktiserende speciallæge for at opgradere [kan ikke tydes].
- Nærhed i sundhed forudsætter satsning på den almen praktiserende læge som tovholder og gatekeeper. På sygehusene kan en struktur forankres på det geriatriske perspektiv.
- Vi skal ikke have en hospitalsplan, men en sundhedsplan som skal udformes sammen med praktiserende læger og kommuner.
- Endnu tættere samarbejde/aftaler mellem region og kommuner, hvor også de praktiserende lægers inddragelse skal øges. Aftaler om økonomisk fordeling på området.

	Senge	Ambulatorie	Udgående funktion
Hospital			
BFH, Bispebjerg Hospital	12	X	X
NOH, Hillerød Hospital	6	X	X
HGH, Herlev Hospital	10	X	X
AHH, Hvidovre Hospital	10	X	X
RH, Rigshospitalet	0	X	X
BOH, Bornholms Hospital	3		X
Hospice			
BOH i samarbejde med Diakonissen	2		
Skt. Lukas Hospice	24		X
Hospice Søndergård	14		X
Diakonissestiftelsens Hospice	16		X
Arresødal Hospice	12		X

Note: Bornholms Hospital har i samarbejde med Diakonissestiftelsens Hospice etableret 2 hospicesenge i tilknytning til den palliative enhed på hospitalet i 2017. Skt. Lukas Hospice har endvidere 4 hospicepladser for børn og unge. Søndergård Hospice opretter 2 yderligere senge i 2018.

Direkte 38666055

Sundhedsudvalget

- Tentativ arbejdsplan for 2018

Dato: 8. juni 2018

Definition på typer af sager

Beslutning: Udvalgets behandling af sagen skal munde ud i en beslutning/afgørelse eller i en anbefaling til forretningsudvalget/regionsrådet.

Drøftelse: Udvalgets behandling af sagen er en åben drøftelse uden at blive afsluttet. Typisk er der tale om tilbagevendende emner eller et emne, der skal behandles over flere møder og derfor indleder med en åben drøftelse før en egentlig beslutning skal tages i udvalget.

Orientering: Udvalgets behandling af sagen kan være at drøfte den/ikke drøfte den, da den "kun" har til formål at orientere udvalget om status eller andet aktuelt.

Dato		Sundhedsudvalget - tentativ arbejdsplan 2018
2018.08.28	Orientering	Ekstern rapport om den rådgivende funktion ved Akuttefonen 1813
2018.08.28	Drøftelse	Udvalgets arbejde med driftsmål
2018.08.28	Beslutning	Afrapportering fra Tværpolitisk forhandlingsgruppe
2018.08.28	Beslutning	Hospitalsplan 2020: Rammer og principper
2018.08.28	Drøftelse	Stigning i beredskabets A-kørsler
2018.08.28	Drøftelse	Organisering af området for høreapparatsbehandling
2018.08.28	Beslutning	Evaluerings af brugerrepræsentanter i hospitalsfora mhp. videreførelse
2018.08.28	Drøftelse	Strategi for fertilitetsområdet
2018.10.03	Drøftelse	Status på arbejdet med anbefalingerne fra udvalget for sammenhængende patientforløb
2018.10.03	Drøftelse	Inddragelse af patienternes egne ressourcer i behandlingen
2018.10.03	Drøftelse	Rekruttering af læger jfr lægemangel
2018.10.03	Drøftelse	Varetagelse af relationerne til patientinddragelsesudvalget

Punkt nr. 1 - Meddelelser - Sundhedsudvalgets arbejdsplan
Bilag 1 - Side -2 af 2

2018.10.03	Drøftelse	Kliniske database - manglende målopfyldelse inden for hoftenær fraktur
2018.10.03	Drøftelse	Status for manglende målopfyldelse i de Kliniske kvalitetsdatabaser
2018.10.03	Drøftelse	Opfølgning på analyse om meningitis
2018.10.03	Orientering	Status for flytning af sexologisk klinik til somatikken
2018.10.31	Beslutning	Plan for udrulning af Åbne ambulatorier
2018.10.31	Drøftelse	Status for medicinområdet
2018.10.31	Orientering	Status for arbejdet med garantiklinikker
2018.10.31	Drøftelse	Evaluerings af projekt om polyfarmaciambulatoriet på BFH
2018.10.31	Drøftelse	Kvalitet i servicetilbud og information til patienterne samt ekstern patienttransport.
2018.11.28	Drøftelse	Indsatser i forhold til undersøgelse, behandling og rehabilitering på kræft-, hjerte- og transplantationsområdet
2018.11.28	Drøftelse	Status på overbelægning