

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

22-04-2014 13:00

MØDESTED

Mødelokale H3 på Regionsgården

MEDLEMMER

Flemming Pless (A)

Leila Lindén (A)

Marianne Stendell (A)

Karin Friis Bach (B)

Mette Abildgaard (C)

Niels Høiby (I)

Marlene Harpsøe (O)

Ole Stark (V)

Annie Hagel (Ø)

Næstformand

Rådsmedlem

Rådsmedlem

Formand

Rådsmedlem

Rådsmedlem

Rådsmedlem

Rådsmedlem

Rådsmedlem

INDHOLDSLISTE

1. Beslutningssag: Madpolitik for Region Hovedstaden
2. Orienteringssag: Status på de tværregionale kvalitetsindsatser
3. Beslutningssag: Kriterier for udmøntning af børne- og ungepuljen
4. Beslutningssag: Handleplan mod overbelægning
5. Beslutningssag: Afrapportering af akut og præhospital indsats i Region Hovedstaden 2013
6. Sundhedsudvalgets bidrag til budgetprocessen
7. Beslutningssag: Arbejdsplan for Sundhedsudvalget
8. Beslutningssag: Mødeplan for Sundhedsudvalget 2014
9. Beslutningssag: Medicinsk cannabis
10. Eventuelt

1. BESLUTNINGSSAG: MADPOLITIK FOR REGION HOVEDSTADEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet vedtog i august 2013 at der udvikles en fælles madpolitik for Region Hovedstaden. Madpolitikken erstatter regionens Kost- og ernæringspolitik.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at udvalget anbefaler forretningsudvalget og regionsrådet at madpolitikken bliver et element i regionens kvalitetspolitik.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Madpolitikken sætter fokus på de værdier og principper, der har betydning for kostens kvalitet og patienternes oplevelser af maden.

Madpolitikken lægger sig ikke fast på ét mad- eller produktionskoncept, men definerer overordnede principper for området og sætter særligt fokus på aktiviteter der er målrettet ernæringstruede/småtspisende indlagte patienter.

Madpolitikken omfatter landsdækkende krav og cirkulærer på området, herunder Anbefalinger for Den Danske Institutionskost og Sundhedsstyrelsens vejledninger til sundhedspersonalet.

Politikken er målrettet ledelsessystemet, som har det overordnede ansvar for, at politikken omsættes til praksis i forhold til patienter og medarbejdere.

Særligt skal ledelsen medvirke til, at fastlægge ansvaret for indlagte patienters kost og nødvendige ernæringsinitiativer og at sundhedspersonalet er kvalificeret til at varetage opgaven.

Madpolitikens mål og tilhørende aktiviteter konkretiseres i initiativer, der vedligeholdes i den regionale Ernæringskomité.

Politikken og initiativer skal understøtte relevante indsatser og opfølgning i de kliniske afdelinger og hospitalernes og regionens ernæringsudvalg/komitéeer.

Relationen til Region Hovedstadens nye strategi

Med det formål at skabe overblik og styrke sammenhængen mellem regionens politikker, har regionsrådet netop vedtaget at eksisterende og kommende politikker så vidt muligt samles i 4 politikker under overskrifterne:

- | Åbenhedspolitik
- | Kvalitetspolitik
- | Ressourcepolitik
- | Medarbejderpolitik

Tanken er, at de 4 politikker løbende kan udvikles og revideres, når der opstår behov herfor. Det er således ikke tanken, at politikkerne vedtages én gang for alle, men derimod at regionsrådet kan vedtage justerede versioner af politikkerne.

På den baggrund indstiller administrationen at madpolitikken indgår som et element i kvalitetspolitikken.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Der er ingen budgetmæssige konsekvenser. Udgifterne kan afholdes inden for budgettets rammer.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Den endelige madpolitik for Region Hovedstaden drøftes af styregruppe, referencegruppe og følgegruppe, den 10. og 11. april 2014. Den endelige madpolitik forelægges regionsrådet på mødet 13. maj 2014.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg/Morten Rand Jensen

JOURNALNUMMER

13008016

BILAGSFORTEGNELSE

1. Bilag - Udkast til Mad- og ernæringspolitik

2. ORIENTERINGSSAG: STATUS PÅ DE TVÆRREGIONALE KVALITETSINDSATSER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Danske Regioner besluttede i 2011 at sætte nationalt fokus og mål for tre sundhedsfaglige indsatsområder med det formål at reducere patientskader. Regionerne rapporterer to gange årligt på udviklingen indenfor de tre områder og har netop rapporteret for 2013.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedsudvalget tager orienteringen om regionens resultater til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Danske Regioner besluttede med udgangen af 2011 at iværksætte national implementering af 3 udvalgte sundhedsfaglige indsatser. Disse indsatser er desuden delelementer i konceptet ”Patientsikkert sygehus”.

Det drejer sig om følgende indsatser:

1. Sikker kirurgi – brug af kirurgisk tjekliste før, under og efter kirurgiske indgreb
2. Reducere forekomsten af tryksår hos patienter under indlæggelse
3. Tidlig indsats mod livstruende blodforgiftning (svær sepsis eller septisk shock) hos patienter indlagt på intensive afdelinger.

For hver af de tre indsatser blev der opsat mål for indsatsen i hhv. 2012, 2013 og 2014. Som følge deraf har regionen rapporteret til Danske Regioner to gange årligt i 2012 og 2013 på status for opfyldelse af årets mål.

Regionerne har brugt forskellige metoder til at dokumentere målopnåelsen (fx stikprøver eller prævalensundersøgelser). Derfor kan baseline data og resultater (effekt og gevinst) af forbedringsindsatsen ikke sammenlignes *mellem* regionerne.

1. Sikker kirurgi

Indsatsen Sikker kirurgi skal understøtte:

- at patienter forberedes korrekt til operation og bedøvelse,
- at operationsteamet kontrollerer, at alt nødvendigt udstyr er til stede og sammen bekræfter patientidentifikation, indikation og lokalisation for indgrebet, vurderer risici for komplikationer samt fastlægger elementer i behandlingsplanen umiddelbart efter bedøvelse og indgreb.

Amager og Hvidovre Hospitaler har arbejdet med konceptet i nogle få år og har delt deres erfaringer med de øvrige hospitaler i et regionalt netværk. Der er arbejdet med at udvikle og afprøve indholdet i den kirurgiske tjekliste, idet tjeklisten skal være relevant for det enkelte speciale. Tjeklisten er derefter indarbejdet i et elektronisk dokumentationssystem, som alle relevante afdelinger benytter på operations- og procedurestuer.

Lokalt på hospitalerne er der arbejdet med modeller for implementering. Der er udfærdiget en regional vejledning, der beskriver krav til proces og minimumsindhold i den kirurgiske tjekliste. Desuden er en model for udtræk af data bl.a. til belysning af målopfyldelse, udviklet og idriftsat i 2013.

Mål og resultater for 2013:

1) Mål: Alle relevante afsnit/afdelinger anvender Kirurgisk Tjekliste: Resultat: 97 % = 54 af 55 afdelinger.

2) Mål: Samtlige elementer i Kirurgisk Tjekliste er dokumenteret gennemgået ved 75 % af de opererede (relevante) patienter. Resultat: 83 % af 41.877 indgreb/patienter.

Der er forskelle i hospitalernes målopfyldelse og der arbejdes med konsolidering af indsatsen. En enkelt afdeling havde ikke implementeret indsatsen ved udgangen af 2013, men er i proces.

2. Tryksår under indlæggelse

Talrige internationale og nationale undersøgelser har vist, at mellem 15- 40% af alle indlagte patienter udvikler trykmærker eller tryksår under indlæggelsen. Tryksår opstår dels ved længere tids sengeleje/immobilisation kombineret med kredsløbsproblemer, fugt, under- eller overvægt og vedvarende tryk på udsatte steder på huden.

Tryksår kan udvikle sig til dybe og alvorlige sår, der rækker ned til muskler og knogler. De alvorlige tryksår øger risikoen for infektioner og er forbundet med længere indlæggelsestid, smerter og andet ubehag for patienter. En række studier har vist, at man ved målrettet rettidig vurdering og en ændret pleje af patienten kan forebygge en stor del af de tryksår, som opstår under indlæggelse.

De regionale indsats for at forebygge tryksår omfatter bl.a.:

- udvikling af en fælles vejledning for risikovurdering,
- forebyggelse og sårregistrering samt fælles elektronisk journalark,
- redskaber til monitorering af forekomst og
- etablering af et regionalt tryksårudvalg.

Et korps af regionale tryksårsspecialister gennemførte både i 2012 (på 2.900 indlagte patienter) og i 2013 (på 2.800 indlagte patienter) en prævalensundersøgelse. Her blev alle aktuelt indlagte patienter (indlagt i <24 timer) i somatikken og udvalgte patienter i psykiatrien undersøgt for tryksår. Samtidigt blev personalet undervist i risikofaktorer, metode til identifikation af tryksår og klassifikation af tryksår.

Den første undersøgelse (baseline) viste, at 24% af patienterne havde udviklet trykmærke eller tryksår under indlæggelsen, og at ca. 8% (over 200) af patienterne blev indlagt fra hjem eller institution med tryksår.

På alle hospitaler og afdelinger har der efterfølgende været iværksat forskellige aktiviteter, herunder uddannelse, anskaffelse af flere trykaflastende madrasser og andre remedier, ændrede arbejdsgange, markering af risikopatienter mv.

Undersøgelsen blev gentaget i 2013. Her havde 16 % af patienterne trykmærke eller tryksår. En stor del af patienterne med tryksår har mere end ét sår (40 %). Der var samtidig sket en kraftig reduktion i antallet af sår af en særlig alvorlig karakter.

Mål og resultater for 2013:

1) Mål: Alle relevante afdelinger er i gang med at implementere tryksårsindsatsen: Resultat: 100 % = 103 afdelinger

2) Mål: 50 % reduktion i andelen af patienter som får tryksår under indlæggelse: Resultat: 32 % . Desuden er det samlede antal tryksår, der er udviklet under indlæggelse, reduceret med 46 % pr. 100 undersøgte patienter. Antal af tryksår i den alvorligste kategori der er opstået under indlæggelsen, er ét sår i 2013 mod fem i 2012.

Der er sket markante forbedringer på et år. Flere hospitaler har opnået mere end en halvering, disse hospitaler lå dog højt i tryksårsforekomsten i undersøgelsen i 2012. Alle hospitaler arbejder målrettet med at reducere forekomsten yderligere og motivationen er høj.

3. Indsats mod blodforgiftning på Intensiv afdelinger

Indsatsen er målrettet en gruppe af kritiske syge patienter med en høj forekomst af svigt af flere organsystemer og meget høj dødelighed. Disse patienter overflyttes til behandling i intensiv afdeling.

Indsatsen består af flere sundhedsfaglige interventioner. Fokus er på rettidighed og en fastlagt rækkefølge af undersøgelser/interventioner, kaldet 6-timers pakken. Herudover arbejdes der i regionen med en bredere anlagt indsats for tidlig opsporing og behandling af patienter, der er i risiko for at få blodforgiftning som følge af infektioner.

Mål og regionale resultater for 2013 er:

1) Mål: 6-timers pakken er implementeret på alle relevante intensivafdelinger: Resultat: 100 % = 12

2) Mål: Alle patienterne på intensivafdeling med diagnosen septisk shock, har fået opfyldt alle elementer i 6-timerspakken – der måles dog kun på:

- ▮ Om det i journalen er dokumenteret, at der er udtaget en blodprøve til dyrkning af bakterietype senest 1 time efter at diagnosen først mistænkes. Blodprøven skal udtages før antibiotisk behandling indledes.
- ▮ Om det i journalen er dokumenteret, at et relevant bredspektret antibiotika er indgivet i en blodvane højst en time efter, at diagnosen er stillet og efter ovennævnte blodprøve på intensivafdelingen.
- ▮ Om det i journalen er dokumenteret, at der senest seks timer efter diagnosen er stillet, er udtaget en anden blodprøve (S-laktat måling), der skal afdække den sygdomsmæssige aktivitet.

Resultat for 2013: 51,1 % af patienterne har fået opfyldt alle tre elementer (all or none) ud af 491 patienter. Der måles kun på om alle tre interventioner er udført rettidigt på hver patient.

En analyse af resultaterne har vist, at den første blodprøve oftest tages i den afdeling patienten oprindeligt var indlagt på, altså før patienten overflyttes til intensiv afdeling. En gennemgang af mange journaler viser, at tidspunktet for prøvetagningen ofte ikke er præcist angivet i journalen. Det skyldes, at klinikerne er optaget af diagnostik og behandling af den kritisk syge patient, hvorfor det præcise tidspunkt for udtagelse af blodprøven efterregistreres. Det er derfor en udfordring at indsatsen måles på indikatorer, der er afhængige af korrekt og tidstro registrering.

Regionen vil drøfte dette med de øvrige regioner og arbejde for mere retvisende og målbare indikatorer for denne vigtige indsats.

Arbejdet med at nå målene for alle tre kvalitetsindsatser fortsætter med henblik på at nå målene ved udgangen af 2014. Resultatet af indsatserne forventes at foreligge i foråret 2015. Sundhedsudvalget vil blive orienteret om resultaterne.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Der planlægges med en intern kommunikation vedrørende tryksårsindsatsen, og lokalt laver nogle hospitaler også en ekstern kommunikationsindsats af disse resultater.

Der er ellers ikke planlagt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER

14002151

3. BESLUTNINGSSAG: KRITERIER FOR 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."

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedsudvalget beslutter, at den resterende del af puljen (2 mio.kr.) målrettes projekter og indsatser inden for følgende områder:

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

at Sundhedsudvalget beder administrationen til udvalgets møde i juni forelægge konkret forslag til udmøntning

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Regionsrådet vedtog i oktober 2013 en Børne- og Ungepolitik, der indeholder følgende syv overordnede indsatsområder, som efterfølgende skal konkretiseres inden for de muligheder økonomien giver:

1. Behandlingen af børn og unge skal ske på et højt fagligt niveau
2. Region Hovedstaden skal have familievenlige hospitaler og psykiatriske centre
3. Der skal være tilbud til unge og overgangen fra børneafdeling til voksenafdeling skal ske på en tryk og velplanlagt måde
4. Der skal være aktiv inddragelse af forældre og tilbud om støtte
5. Der skal være et velfungerende tværsektorielt samarbejde
6. Der skal være særlig støtte til sårbare familier
7. Der skal være fokus på børn og unge, der er pårørende til alvorligt syge

Der er i budget 2014 afsat i alt 5 mio. kr. til en række konkrete projekter og indsatser, der udvikler og understøtter behandlingen af børn og unge. I de følgende år er der afsat 4 mio. kr. til formålet.

Igangværende initiativer

Der blev i 2013 afsat 5 mio. kr. til brug for udarbejdelsen af Børne- og ungepolitikken.

Disse midler blev blandt andet anvendt til udarbejdelse af den første regionale børnesundhedsprofil baseret på databasen Børns Sundhed.

Der blev afsat midler til et projekt omkring børn som pårørende i regi af Tværfagligt videncenter for patientstøtte og til kommunikationsinitiativer rettet mod børn og unge (fx film). Endvidere blev en del af midlerne anvendt til etablering af Center for Socialpædiatri beliggende på Herlev Hospital.

I regi af 50 mio. kr. puljen til forbedret tværsektorielt samarbejde om svage grupper blev der i 2013 også udmøntet midler til en forstærket indsats overfor børn og unge. Det drejede sig om projekter med støtte til sårbare familier, hvor børn eller deres pårørende er ramt af alvorlig sygdom, en indsats omkring børn med inkontinensproblemer, et projekt omkring overgangen fra barn til voksen for unge med diabetes og

efterfødselssamtaler til sårbare fødende.

Indsatserne i 2013 har således primært drejet sig om indsatsområderne vedrørende børn og unge, der er pårørende til alvorligt syge og støtte til sårbare familier.

De tre projekter, som udvalget på mødet den 5. marts anbefalede til Regionsrådet vedrører den faglige kvalitet i forhold til børn, gennem projektet om medicin til børn, Videntcenter for børns smerter, og den regional børnesundhedsprofil.

Forslag til indsatsområder

Efter udmøntning af ovenstående initiativer er der 2 mio. kr. tilbage i puljen.

Det anbefales, at der i 2014 sættes fokus på unge og at der arbejdes med at understøtte følgende indsatsområder i Børne- og Ungepolitikken:

1. Behandlingen af børn og unge skal ske på et højt fagligt niveau
2. Region Hovedstaden skal have familievenlige hospitaler og psykiatriske centre
3. Der skal være tilbud til unge og overgangen fra børneafdeling til voksenafdeling skal ske på en tryk og velplanlagt måde

Denne prioritering af indsatserne er foretaget efter dialog med Sundhedsfagligt råd for pædiatri og Sundhedsfagligt råd for børne- og ungesdomspsykiatri. Der er som sagt i 2012 og især 2013 igangsat en del projekter til børn som pårørende og sårbare familier (herunder gravide og fødende). Disse initiativer er endnu ikke afsluttet og evalueret. Desuden skal det nævnes, at børneområdet er inkluderet i forhandlingerne om en ny sundhedsaftale, med henblik på et forbedret tværsektorielt samarbejde. De sundhedsfaglige råd har peget på, at der her er behov for nye initiativer på det tværsektorielle område, men en del handler om rolleafklaring og koordinering, hvilket bør kunne håndteres indenfor driftbudgettet. Det må desuden forventes, at konkrete tværsektorielle projektforslag vil kunne komme i betragtning til midler fra 50 mio. kr. puljen.

Behandlingen af børn og unge skal ske på et højt fagligt niveau

Der er fortsat behov for kompetenceudvikling med fokus på behandling af unge, så det faglige niveau fastholdes og udvikles.

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

Det kunne også være andre initiativer, såsom tværfaglige uddannelsesforløb eller kortere uddannelser såsom det eksisterende kursus "Professionel kommunikation med den unge patient", der afholdes af Ungdomsmedicinsk videntcenter.

Region Hovedstaden skal have familievenlige hospitaler og psykiatriske centre

På Rigshospitalet og Nordsjællands Hospital er det etableret ungepaneler i forbindelse med børneafdelingerne. Panelerne understøtter netværksdannelse mellem de unge. Samtidig hjælper de afdelingerne til at inddrage de unges synspunkter og ønsker i arbejdstilrettelæggelsen. Både børne- og ungdoms psykiatrien og de andre børneafdelinger peger på behov for at udbrede unge-panelerne til hele regionen.

I psykiatrien er der behov for at støtte unge, der lider af spiseforstyrrelser, og deres familier. For nogle familier vil det have stor betydning, at de kan bo for sig selv i en træningslejlighed, samtidig med, at de i en fase af den unges sygdom modtager intensiv hjælp i form af måltidstræning. Det gælder især de familier, der bor langt fra de regionale tilbud.

Der skal være tilbud til unge og overgangen fra børneafdeling til voksenafdeling skal ske på en tryk og velplanlagt måde

Der er allerede iværksat en del projekter med fokus på telemedicinske løsninger til unge, fx en app til diabetespatienter. Der er dog stadig store udviklingsmuligheder på området. Telemedicinske løsninger kan fx medvirke til at fastholde de unge i behandling og forberede dem på tilværelsen som voksen, og de efterspørges af klinikere og de unge.

På det psykiatriske område er der et særligt behov for information til unge om overgangen til voksen. Det vedrører ikke kun deres behandling i regi af psykiatrien, men også sociale forhold og deres rettigheder.

Overgangen til voksen kan muligvis også lattes gennem etablering af egentlige ungeambulatorier, hvor personalet er trænet til at hjælpe de unge fx i forhold til venskaber, uddannelse, alkohol, stoffer og familiære problemer. Desuden kan det sikres, at de unge i tilpas tempo overdrages ansvaret for håndtering af deres sygdom, samt give de unge nogle leveregler og guidelines.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Der laves en pressemeddelelse om, hvilke projekter og indsatser der får midler fra puljen efter endelig vedtagelse af udmøntningen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Udvalget bliver på mødet i juni måned forelagt administrationens forslag til konkret udmøntning.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER

14000860

4. BESLUTNINGSSAG: HANDLEPLAN MOD OVERBELÆGNING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet besluttede den 24. september 2013 en strategi og en handleplan for at nedbringe overbelægning og afsatte 40 mio. kr. i 2014 til nye initiativer for at styrke akutområdet og dermed nedbringe overbelægningen. Som led i denne beslutning fremgår det af mødesagen, at der i efteråret 2013 og i 2014 vil være fokus på implementeringen af de besluttede initiativer. Det politiske fokus på ”ingen overbelægning” vil blive fastholdt, og det blev besluttet, at regionsrådet eller et udvalg herunder kvartalsvis skal have en status for udviklingen i kapacitet og belægning og antallet af færdigbehandlede patienter.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at status over handleplan for at nedbringe overbelægning tages til efterretning.

at udvalget beder administrationen om at fremskaffe data på afdelings- og ugeniveau til brug for et senere møde i udvalget

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

De initiativer, der blev bevilliget midler til (40 mio. kr.) er stort set iværksat. Hovedparten af initiativerne er iværksat i 2013 og primo 2014. Nogle hospitaler har suppleret med yderligere tiltag for at undgå overbelægning. Det har imidlertid været vanskeligt at rekruttere overlæger indenfor nogle specialer. Indtil ansættelse er muligt, er der sket en oprykning fra øvrige lægegrupper.

I det vedlagte bilag er status for det enkelte initiativ beskrevet.

Belægning

Belægningen er opgjort efter det nye princip, som er aftalt mellem regionerne og SSI. Det betyder, at belægningen er opgjort på den fysiske lokalitet, hvor patienten ligger klokken 23:00. På nuværende tidspunkt er belægningen opgjort for årets tre første måneder som helhed dels pr hospital dels for de medicinske afdelinger. Der er dog en større variation over måneden, og der arbejdes derfor på at levere oversigter pr. uge pr. afdeling. Samlet set har der ikke været overbelægning på hospitalerne som helhed eller på de medicinske afdelinger.

Influenza

Vinterens influenzaudbrud toppede medio februar. Influenzaudvalget valgte at håndtere denne sæsons udbrud udelukkende ved kommunikation og uden at iværksætte retningslinjer som ved øget influenza aktivitet jf. de nationale retningslinjer. Dette valg skyldes to principielle forhold. For det første var sygdomsudbredelsen i befolkningen under udbruddet beskedent, og for det andet var sygdomsbelastningen på regionens medicinske afdelinger beskedent.

Færdigbehandlede patienter

I 2013 lå 6.323 patienter færdigbehandlede på regionens hospitaler, svarende til i alt 30.578 dage. Efter en årrække hvor antallet af færdigbehandlede har været faldende er dette en stigning på knap 5 % i forhold til 2012. Størstedelen af patienterne blev hjemtaget inden for en uge.

Samarbejdet mellem hospital og kommune om at meddele om færdigbehandling er beskrevet som en del af Kommunikationsaftalen om tværsektoriel kommunikation og arbejds gange. Kommunikationsaftalen er indgået i 2013 som led i den nugældende sundhedsaftale og understøttes af elektronisk kommunikation via såkaldte MedCom meddelelser.

Kommunernes mulighed for at oprette akut- og aflastningspladser til at hjemtage færdigbehandlede patienter afhænger af det politisk prioriterede serviceniveau i den enkelte kommune. Men et fokuseret

samarbejde omkring akutpladser forventes at blive et element i arbejdet med den næste sundhedsaftale gældende fra 2015.

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

Sundhedsudvalget vil fremover få en kvartalsvis status.

DIREKTØRPÅTEGNING

Koncerndirektør Svend Hartling/ Centerdirektør Christian Worm

JOURNALNUMMER

13002503

BILAGSFORTEGNELSE

1. Opfølgning på strategi mod overbelægning

5. BESLUTNINGSSAG: AFRAPPORTERING AF AKUT OG PRÆHOSPITAL INDSATS I REGION HOVEDSTADEN 2013

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Den 1. januar 2012 blev Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet etableret som ny tværgående virksomhed med samling af regionens præhospitale akutfunktioner under sig.

Det blev besluttet, at Akutberedskabet skal udarbejde en afrapportering om aktiviteter og udviklingsindsatser på det præhospitale område og inden for sundhedsberedskabet til politisk godkendelse en gang årligt.

Afrapportering af akut og præhospital indsats i Region Hovedstaden 2013 er derfor led i den årlige afrapportering til regionsrådet for 2014.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

- at sundhedsudvalget tager Årsrapporten 2013 for Den Præhospitale Virksomhed - Akutberedskabet til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Den Præhospitale Virksomhed - Akutberedskabet blev etableret i januar 2012. Hermed blev en række operative akutfunktioner samlet med det formål at sikre bedre koordination, sammenhæng og ledelse i dagligdagen samt ved beredskabsmæssige hændelser.

Aktivitet og resultater inden for patienttransport:

Afrapportering af akut og præhospital indsats i Region Hovedstaden 2013 beskriver aktiviteter og resultater for de forskellige præhospitale funktioner samt nye udviklingstiltag for regionens akutberedskab.

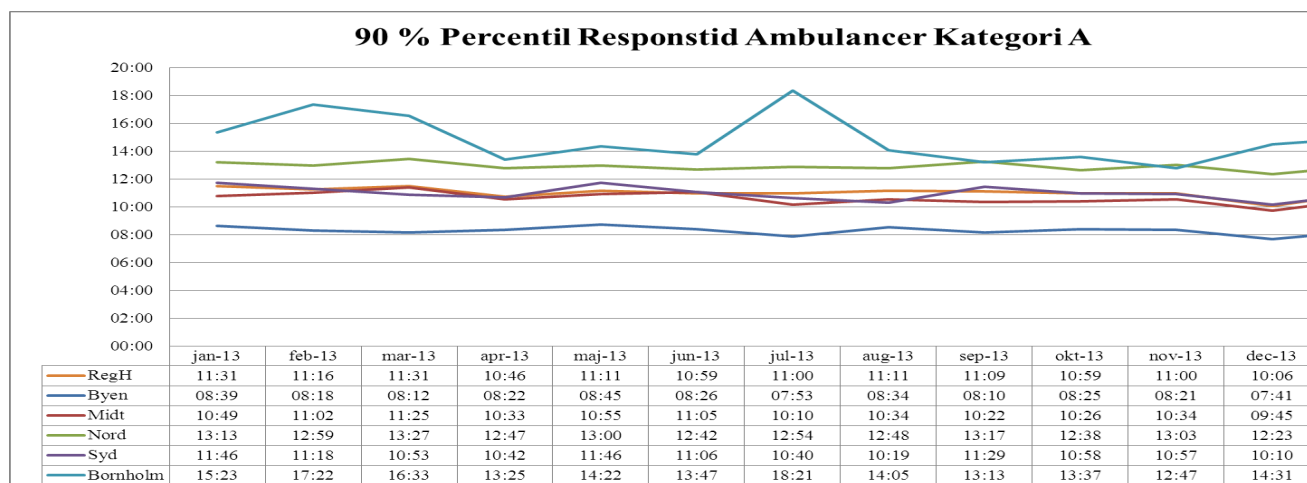
Rapportens opgørelse over antallet af ambulancekørsler ser således ud:

Patienttransportopgaver opdelt på kategori	Antal i 2012	Antal i 2013
Ambulance kategori A	52.421	51.773
Ambulance kategori B	72.960	76.657
Akutte interhospitale transporter	10.189	10.859
Ambulance kategori C	34.437	32.125
Sygetransport kategori D	60.569	59.048
I alt	230.576	230.462

I 2012 foretog akutlægebilen 19.563 kørsler og i 2013 19.047 kørsler.

Der er i hele 2013 afviklet i alt godt 248.000 kørselsopgaver af regionens præhospitale beredskaber, svarende til knap 700 kørselsopgaver i døgnet. Dette er på samme niveau som 2012. Ud af det samlede antal kørsler blev der afviklet godt 128.000 akutte ambulancekørsler (dvs. kørsler kategori A + B).

Regionsrådet har opsat servicemål for responstiderne for ambulancer med udrykning (kategori A). Servicemålet er, at 90 % af alle ambulancerne bør være fremme hos borgerne inden for 13 minutter, efter opgaven er modtaget til disponering på AMK-Vagtcentralen fra 1-1-2-alarcentralerne.



Den mediane responstid for 90 % af tilfældene af ambulancekørsel med udrykning (kategori A) varierer fra 10 minutter og 6 sekunder til 11 minutter og 31 sekunder.

De opgjorte responstider viser således, at servicemålet er opfyldt i 2013 for den samlede region.

For Bornholm samt planområde Nord's vedkommende er målene ikke opfyldt i alle månederne. De længere responstider her afspejler den lavere befolkningstæthed, som det kan være vanskeligt at udligne selv med et øget beredskab og deraf følgende øgede udgifter.

Specifikt for Bornholm gælder, at de få kørsler medfører større statistiske udsving fra måned til måned.

Aktivitet og resultater inden for 1-1-2-opkald og opkald til Akuttelefonen 1813:

AMK-Vagtcentralen modtog i 2013 godt 118.000 1-1-2-opkald af sundhedsfagligt indhold.

Servicemålet for 1-1-2-opkald er, at alle opkald skal være besvaret inden for 10 sekunder. De opgjorte tider for besvarelse af opkald viser, at 99,7 % af alle opkald er besvaret inden for 10 sekunder.

Akuttelefonen 1813 modtog i 2013 godt 200.000 opkald.

Servicemålet for opkald til 1813 var i 2013, at minimum 90 % af alle opkald skulle være besvaret inden for 2 minutter. De opgjorte tider for besvarelse af opkald viser, at 93 % af alle opkald er besvaret inden for 2 minutter.

Regionens sundhedsberedskab:

Region Hovedstadens samlede sundhedsberedskabsplan blev godkendt i oktober 2013. Den regionale sundhedsberedskabsplan er den operative plan for den samlede krisestyringsorganisation i Region Hovedstaden.

Regionens sundhedsberedskab har været aktiveret i en række tilfælde i 2013, bl.a. i forbindelse med planlægning af Distortion-festivalen og Folkemødet på Bornholm - men også i forbindelse med de kraftige storme i løbet af efteråret 2013.

Udviklingstiltag i 2013:

I efteråret 2013 indsatte regionen en indsatslederbil med den seneste teknologi inden for it-, overvågnings- og kommunikationsudstyr.

Indsatsleder bilen disponeres til større ulykker eller særlige hændelser, hvor regionens beredskab aktiveres.

De 5 regioner valgte i 2013 Norsk Luftambulans som leverandør af de tre lands- og døgndækkende akutlægehelikoptere, som får baser i Ringsted, Billund og Skive. I oktober 2014 træder den permanente og landsdækkende akutlægehelikopterordning i kraft.

Den 1. januar 2013 overgik ansvaret for og disponeringen af Det Præhospitale Psykiatriske

Akutberedskab (tidligere Den Psykiatriske Udrykningstjeneste) til Den Præhospitale Virksomhed. Dette skal være med til at skabe bedre sammenhæng til det øvrige akutberedskab i regionen.

Endelig besluttede regionsrådet i foråret 2013, at der med virkning fra den 1. januar 2014 skulle ske en organisatorisk og fysisk samordning af den daværende lægevagt med regionens øvrige akutte tilbud. Samtidig indgår det i regeringen og regionernes økonomiaftale for 2013, at alle de fem regioner frem mod foråret 2014 skal indfase visiteret adgang til deres akutte modtagelser.

Den 1. januar 2014 trådte regionens nye enstrengede og visiterede akutsystem således i kraft, og der er nu kun én indgang til akut behandling uden for egen læges åbningstid: Borgerne skal ringe 1-1-2 ved akutte og livstruende tilfælde og 1813 i alle andre akutte tilfælde. Begge opgaver er samlet hos regionens Præhospitale Virksomhed.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Afrapportering af akut og præhospital indsats i Region Hovedstaden 2013 offentliggøres under de andre Årsrapporter på regionH.dk.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER

14002604

BILAGSFORTEGNELSE

1. Årsrapport 2013_April 2014_Endelig

6. SUNDHEDSUDVALGETS BIDRAG TIL BUDGETPROCESSEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Forretningsudvalget har bedt Sundhedsudvalget om bidrag forud for budgetforhandlingerne for 2015. Budgetinitiativer skal være fremsendt til forretningsudvalget senest 6. juni.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at udvalget drøfter forslag til budgetinitiativer, med henblik på en politisk prioritering.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Forretningsudvalget har bedt Sundhedsudvalget om til brug for budgetforhandlingerne, at udarbejde forslag til nye initiativer inden for udvalgets arbejdsområde. Udvalget skal på den baggrund drøfte budgetinitiativer for perioden 2015 – 2018 med henblik på en politisk prioritering heraf. Sidste frist for udvalgenes bidrag er 6. juni 2014. Udvalget skal derfor senest på sit møde i maj 2014 endeligt beslutte, hvilke budgetønsker det vil sende til forretningsudvalget.

Udvalgets drøftelse

Udvalget bedes drøfte de af administrationens fremsatte forslag til budgetinitiativer med henblik på prioritering heraf i den videre budgetproces. Udvalget skal desuden vurdere:

- 1 Om der er forslag, man ønsker udgår?
- 1 Andre budgetinitiativer man ønsker medtaget?
- 1 Skal der udarbejdes effektiviseringsforslag, og på hvilke områder?

Udvalget kan på mødet tage udgangspunkt i det økonomiske oplæg fra budgetseminaret, hvor der blev fremlagt en vurdering af den økonomiske ramme for udvalgets arbejdsområde samt drøftelser i udvalget om arbejdsplan og budgetønsker.

Oversigt over budgetinitiativer

Regionsrådet vedtog den 8. april 2014 et oplæg til strategi for Region Hovedstaden. Visionen er *Hovedstadsregionen er den grønne og innovative metropol med høj vækst og livskvalitet, samt et sammenhængende sundhedsvæsen på internationalt topniveau*. Der er hertil knyttet en række politiske målsætninger og strategiske indsatsområder.

Administrationen har på baggrund af udvalgets drøftelser af arbejdsplan mv. udarbejdet forskellige forslag til budgetinitiativer vedlagt som bilag. Budgetinitiativer kan indebære forslag til både budgetønsker og effektiviseringer, som understøtter strategien for Region Hovedstaden.

Budgetinitiativerne er udarbejdet i den skabelon, som skal bruges til fremsendelse af budgetinput til forretningsudvalget, og er vedlagt som bilag.

Der er desuden som bilag yderligere vedlagt administrationens samlede oversigt over forslag til budgetinitiativer for alle udvalg. Af oversigten fremgår initiativernes tilknytning til strategien for regionens udvikling.

De forslag som fremgår på nuværende tidspunkt skal videre bearbejdes og kvalificeres – herunder de økonomiske aspekter, om udgifter er etårige eller flerårige samt forhold om skalering. Der kan samtidig være sammenhæng og overlappende ønsker til andre udvalg. Dette vil fra administrationens side blive koordineret hen imod drøftelserne af budgetinitiativerne i udvalgene i maj.

Budgetforslag der vedrører Sundhedsudvalget

Budget 2015-2018

Nr.		Politisk målsætning	Strategisk indsatsområde
SUNDHEDSOMRÅDET			
1.0	Sundhedsudvalget		
1.1	Fordanskning og bedre skiltning	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.2	Standardisering af skriftlig patientinformation	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.3	Bedre venteværelser, telefonadgang og besøgsmuligheder	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.4	Serviceadfærd	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.5	Kommunikationsfeedback <i>Patientforløb</i>	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.6	Eksistentiel og psykosocial støtte til patienter og pårørende	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
1.7	Hjemmebehandling	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
1.8	Overgangen fra barn til voksen <i>Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor</i>	Høj faglig kvalitet	Sammenhængende patientforløb
1.9	Indsatser i forhold til lighed i sundhed	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
1.10	De regionale kvalitetsindsatser	Høj faglig kvalitet	
1.11	Tidlig rehabilitering/genoptræning i hospitalsregi	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.12	Nye styringsinstrumenter <i>Patientsikkerhed i hospitalssektor og praksissektor</i>	Høj faglig kvalitet	
1.13	Træning i ikke-tekniske færdigheder	Høj faglig kvalitet	
1.14	Medicinsk udstyr	Høj faglig kvalitet	
1.15	Dialogsamtaler og kalgesager på praksisområdet <i>Kapacitet og akutbetjening</i>	Patientens situation styrer forløbet	
1.16	Skanner kapacitet	Høj faglig kvalitet	
1.17	Udvidelse af Krisepsykologisk enhed	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.18	Efterfødselssamtaler tilsårbare fødende	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Forslag til budgettet vil også blive drøftet på udvalgets møde den 22. maj. Frist for aflevering af forslag til nye initiativer til Forretningsudvalget er fastsat til den 6. juni 2014.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER

14002151

BILAGSFORTEGNELSE

- Ⓜ 1. Overblik over budgetforslag 2015 -2018 fra driftsudvalg og strategiske områder 11.4.2014
- Ⓜ 2. Budgetforslag SUND 2015

7. BESLUTNINGSSAG: ARBEJDSPLAN FOR SUNDHEDSUDVALGET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Udvalget skal drøfte forslag til arbejdsplan med henblik på godkendelse.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at forslag til arbejdsplan godkendes.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

I følge styrelsesvedtægten har udvalget politikformulerende, politikkontrollerede og opfølgende opgaver på følgende områder:

- | Patientforløb
- | Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor
- | Patientsikkerhed i hospitalssektor og praksissektor
- | Kapacitet og akutbetjening.

Sundhed er et politikområde, der i høj grad griber ind i regionens øvrige udvalg; i særdeleshed det Tværsektorielle udvalg og Kræftudvalget. Der vil også være sager der vedrører flere udvalg, fx omkring brugerinddragelse.

Administrationen har på baggrund af de foregående drøftelser i udvalget udarbejdet vedhæftede forslag til arbejdsplan (bilag 1).

Arbejdsplanen er et overblik over de sager, som udvalget forventeligt kommer til at drøfte og behandle i år. Den er tænkt som et planlægningsredskab til at prioritere udvalgets arbejdskraft og tidsforbrug, herunder initiativsager (sager på det politikformulerende og politikkontrollerende område).

Arbejdsplanen er et dynamisk dokument. Der vil løbende komme ændringer i forhold til aktuelle sager, herunder sager der skal behandles over flere møder. Udvalget vil under punktet Meddelelser løbende blive orienteret om ændringer i arbejdsplanen.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER

14002151

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Bilag - Forslag til arbejdsplan 14-04-11

8. BESLUTNINGSSAG: MØDEPLAN FOR SUNDHEDSUDVALGET 2014

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Som opfølgning på mødesag fra 1. møde i Sundhedsudvalget fremsættes hermed forslag til mødedatoer for resten af 2014.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at udvalget godkender det forelagte forslag til mødeplan.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Administrationen har med baggrund i den mødeplan, som er vedtaget for Regionsrådets og forretningsudvalgets møder, udarbejdet nedenstående forslag til mødeplan:

- | Tirsdag den 20. maj kl. 13 til 15.
- | Tirsdag den 24. juni kl. 13 til 15.
- | Tirsdag den 2. september kl. 13 til 15.
- | Tirsdag den 7. oktober kl. 13 til 15.
- | Tirsdag den 4. november kl. 13 til 15.
- | Tirsdag den 25. november kl. 13 til 15.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Mødeplanen offentliggøres på Regionens hjemmeside, som en del af den samlede mødeplan for Regionsrådet og dets udvalg.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER

Tomt indhold

9. BESLUTNINGSSAG: MEDICINSK CANNABIS

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Medlemsforslag fra Enhedslisten. I medfør af den kommunale styrelseslovs § 11, der også gælder for regioner, kan et medlem af Regionsrådet anmode om at få en sag optaget på Regionsrådets dagsorden. Sagen er henvist til Sundhedsudvalget fra Regionsrådet, på deres møde den 11. marts 2014.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedsudvalget drøfter, om der skal arbejdes videre med enhedslistens forslag, på baggrund af administrationens bemærkninger.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Enhedslisten beder om at få nedenstående forslag på Regionsrådets dagsorden:

At der udarbejdes forslag til, hvordan cannabis kan indgå i medicinsk behandling. Herunder

- 1 At der tages initiativ til at igangsætte kliniske forsøg med effekten af medicinsk cannabis på mennesker
- 1 At de nødvendige tilladelser anskaffes
- 1 At der indhentes erfaringer fra andre lande, der har legaliseret cannabis til medicinsk brug.

Begrundelse

Det har i flere år været en mulighed for patienter at modtage cannabis på recept i andre lande, så der er rig mulighed for at inddrage erfaringer. Der har igennem længere tid været omtale i dagspressen i Danmark og senest i tv-udsendelser i DR, hvordan patienter må begå kriminalitet ved f.eks. at anvende cannabisolie som smertelindring mv. Et forsøg med medicinsk cannabis vil få det medicinske forbrug under professionel kontrol og behandling.

Uddybning

Under behandlingen på Regionsrådets møde blev det fra Enhedslistens side præciseret, at man ønsker, at det bliver undersøgt, om det er muligt at igangsætte forskning om brug af medicinsk cannabis.

Administrationens bemærkninger

Sundhedsstyrelsen har den 26. februar 2014 udgivet notatet Medicinsk brug af Cannabis (se bilag). Her konkluderes følgende:

”Sundhedsstyrelsen ser ikke på nuværende tidspunkt et sundhedsfagligt grundlag for at anbefale, at Danmark skulle gå i retning af at tilbyde rå *Cannabis* til medicinsk brug, herunder via anbefaling eller ordination fra en læge. Vi ser ikke grund til at fravige de almindelige regler for godkendelse af medicin. Forhandlere af *Cannabis* må bevise, at det kan opfylde kravene til godkendelse, ligesom al anden medicin.

Efter Sundhedsstyrelsens vurdering har vi i Danmark i dag de lægemidler med aktive stoffer fra *Cannabis*, som evidensen for tiden tillader. Vi har således haft de kunstigt fremstillede cannabinoider Marinol® og Nabilone (tidligere Cesamet®) gennem en længere årrække, og disse har danske patienter haft adgang til via deres læge, der kan søge om en udleveringstilladelse hos Sundhedsstyrelsen. Fra 2011 har vi så fået godkendt Sativex® i Danmark, og vi har derved fået et ekstrakt fra dyrket *Cannabis*.

Der kører for tiden en række kliniske forsøg med Sativex®, herunder også i Danmark, ligesom der fortsat udvikles ny medicin, der indeholder aktive stoffer fra *Cannabis*. Vi må derfor regne med, at der løbende vil komme evidens, der gør, at vi bliver klogere på *Cannabis* som et lægemiddel.”

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Christian Worm

JOURNALNUMMER

14002151

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Bilag - Brug af medicinsk cannabis SST 26-02-2014

10. EVENTUELT

EVENTUELT

Tomt indhold

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

22-04-2014 13:00

MØDESTED

Mødelokale H3 på Regionsgården

MEDLEMMER

Flemming Pless (A)	Næstformand
Leila Lindén (A)	Rådsmedlem
Marianne Stendell (A)	Rådsmedlem
Karin Friis Bach (B)	Formand
Mette Abildgaard (C)	Rådsmedlem
Niels Høiby (I)	Rådsmedlem
Marlene Harpsøe (O)	Rådsmedlem
Ole Stark (V)	Rådsmedlem
Annie Hagel (Ø)	Rådsmedlem

INDHOLDSLISTE

1. Folkemødet 2014 den 12. til 15. juni

1. FOLKEMØDET 2014 DEN 12. TIL 15. JUNI

Folkemødet i Allinge er kendetegnet ved åbne debatter, hvor politikerne møder borgere, erhvervsfolk og organisationer under uformelle former. Et af Folkemødets formål er at skabe rammerne for at demokratiet udvikles - ligesom den svenske Almedalsveckan.

Også i år deltager Region Hovedstaden aktivt på Folkemødet. Det sker i Øresundshuset, i sundhedsteltet (sammen med Bornholms Hospital) og i teltet vedrørende regional udvikling. I begge telte vil der være politiske debatter, med deltagelse af Regionsrådsformanden/næstformænd og/eller formænd for de politiske udvalg.

I oversigten nedenfor ses debatterne.

Debatter i sundhedsteltet

Torsdag den 12. juni kl 15.30: Hvem har ansvaret for din sundhed?

Fredag den 13. juni kl. 12.45: Unge – en forsømt gruppe i sundhedsvæsenet?

Hvordan bliver vi bedre til at behandle unge som unge og ikke som børn eller voksne? Og hvordan kan vi bedre støtte unge med kronisk sygdom?

Fredag den 13. juni kl. 16.15: Har vi inklusion eller eksklusion i sundhedsvæsenet?

Lige muligheder er ikke det samme som lige adgang. I dag har socialt udsatte ikke samme adgang til sundhed som mere ressourcestærke mennesker. Sundhedsprofiler viser fx store geografiske forskelle i brugen af sundhedsydelse.

Lørdag den 14. juni kl. 9.30: 1813 – hvordan forandrer vi bedst sundhedsvæsenet?

Det førte til massiv medieomtale og konflikt med PLO, da Region Hovedstaden den 1. januar 2014 hjemtog lægevagten og etablerede én samlet indgang til lægehjælp uden for egen læges åbningstid. Hvad betyder forandringen for borgerne? Og hvad var tankerne bag?

Lørdag den 14. juni kl. 14.15: Tvang og medicinering i psykiatrien – et nødvendigt onde?

Hvad er alternativerne til tvang i psykiatrien? Kan nye behandlingsformer erstatte et stort forbrug af medicin?

Søndag den 15. juni kl 10.00: Hvorfor føder danskerne ikke børn nok?

Vi føder færre børn. Hvad betyder det for samfundet, og skal vi gøre noget ved det?

Debatter i Kærnehuset/Regional udviklingstelt

Torsdag den 12. juni kl. 14.45: Transport – Kan vi få en hovedstadsmafia?

Vi drukner i trængsel. Alligevel kan borgmestrene i hovedstadsregionen ikke blive enige om at gøre fælles front for at få investeringer til Hovedstaden. Hvad skal der til?

Fredag den 13. juni kl. 12.45: Europas grønne metropol – hvad skal der til?

København har som hovedstad en grøn profil, men hvad med den grønne profil på hele hovedstadsregionen? Er vi grønne nok?

Fredag den 13. juni kl. 14.45: Uddanner vi rigtigt?

Hvad er det for nogle uddannelser, vi skal have fremover for at få vækst?

Lørdag den 14. juni kl. 11.45: Hvordan styrker vi Regionen som en international metropol?

Hvad gør Region Hovedstaden til en international metropol? Hvordan vinder vi i konkurrence med andre europæiske hovedstæder / storbyer?

Lørdag den 14. juni kl. 15.30: Sunde data – hvordan får vi mest ud af vores sundhedsdata?

Skal private virksomheder have adgang til sundhedsdata på patienterne? Hvem skal eje gevinsterne ved

forskningsresultater, som dygtige forskere ansat i regionen har frembragt? Hvordan kan offentlige og private arbejde sammen om nye sundhedsløsninger og for hvis skyld?

JOURNALNUMMER

14002857

NOTAT

Til:

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38665914
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Dato: 11. april 2014

UDKAST til KOST- OG ERNÆRINGSPOLITIK for region Hovedstaden's hospitaler

Til drøftelse i RegionH ernæringskomité, faglig referencegruppe for køkkenanalyse og følgegruppe for køkkenanalyse, samt i sundhedsudvalget mhp endelig behandling i Regionsrådet.

1. Kost er en vigtig del af behandling og pleje. Der serveres sund, ernæringsrigtig og varieret kost.
Hospitalernes menuer skal følge Anbefalinger for den danske Institutionskost, som indeholder beskrivelser af de nødvendige menuer på hospitalerne f.eks Normalkost, Sygehuskost, Kost til småtspisende, inkl. indhold af energi og protein samt måltidsfordeling.
Hospitalernes menuer skal tage hensyn til patienternes behov og præferencer.
2. Patienterne skal opleve appetitlig, veltillavet og velsmagende mad i stimulerende omgivelser. Målet er høj brugertilfredshed.
3. De ernæringstruede patienter har særlige behov som skal tilgodeses. Disse patienter er truet af underernæring, fx p.g.a. kvalme, madlede, tyggebesvær, synkebesvær eller smerter i mund og hals, og er ofte indlagt i længere tid end patienter uden disse problemer. De skal sikres tilstrækkelig ernæring fx gennem motivation og fortsat udvikling af madretter og gennem en præcisering af ansvaret på afdelingerne ved ernæringsansvarlige ressourcepersoner. Der skal sættes fokus på uddannelse og kompetence i ernæringens betydning også i de kliniske afdelinger.
4. Der tilstræbes øget brug af råvarer, og andre initiativer, der medfører en mere bæredygtig produktion, herunder økologiske råvarer.
5. Produktionen skal tillige være omkostningseffektiv.
6. Kvaliteten af maden for disse patienter vurderes både ved brugerundersøgelserne og ved jævnlige undersøgelser af deres kostindtag i forhold til deres be-

hov.

7. Risikoen for medikamentelt betinget overvægt hos patienter kræver, at behandlingsforløbet omfatter en omhyggelig kostplanlægning og kostvejledning af patienter og deres pårørende.

Afrapportering af akut og præhospital indsats i Region Hovedstaden 2013

REGION

Indholdsfortegnelse	
Resumé	3
Det præhospitale område	5
<i>Den Præhospitale Virksomheds opgaveansvar</i>	5
<i>Organisering med fokus på sammenhængende patientforløb</i>	5
<i>Danmarks største vagtcentral</i>	6
<i>Enstrengt og visiteret akutsystem fra 2014</i>	6
<i>Regionens AMK-Vagtcentral og Akuttelefonen 1813</i>	7
<i>Indsatsledelse</i>	8
<i>Liggende sygetransport</i>	8
<i>Ambulancer</i>	8
<i>Akutlægebiler</i>	8
<i>Akutlægehelikopter</i>	9
<i>Psykiatrisk Akutberedskab</i>	10
Det præhospitale patientforløb	10
<i>Telefonisk rådgivning</i>	10
1-1-2-opkald	10
Akuttelefon 1813	11
<i>Præhospital indsats</i>	12
Antal patienttransporter	12
Opgavetid.....	14
Akut ambulancekørsel kategori A og B	14
Antal kørsler	14
Responstider.....	15
Tiltag for at undgå særligt lange responstider	18
Ikke-hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver (kategori C) samt liggende sygetransport (kategori D)	18
Akutlægebiler	21
Psykiatrisk akutberedskab	23
Akutlægehelikopter	23
Sundhedsberedskabet	24
<i>Særlige hændelser</i>	24
<i>Øvelser</i>	25
Patientsikkerhed og kvalitet	26
<i>Kvalitetsarbejdet</i>	26
<i>Borgerklager i Akutberedskabet</i>	26
<i>Opfølgning på og læring af klager</i>	26
<i>Utilsigtede hændelser</i>	27
Forskning og udviklingsprojekter	27
<i>Organisering af forskningsindsatsen</i>	28
<i>Benchmarking</i>	28
<i>Videnskabelige artikler</i>	28
<i>Forskningsprojekter- og aktiviteter</i>	28
<i>Projekter i pipeline</i>	30
Økonomi	30
<i>Samlet drift:</i>	30
<i>Udvalgte hovedposter fra drift:</i>	31
<i>Investering</i>	31

Resumé

Dette er en årsrapport for Den Præhospital Virksomhed - Akutberedskabet i Region Hovedstaden omfattende hele 2013. Rapporten beskriver aktiviteter, økonomi og resultater samt udviklingsområder.

Rapporten er delt op i en beskrivelse af aktiviteterne og resultater for den præhospital indsats og en række akutfunktioner, herunder AMK-Vagtcentralen med modtagelse og visitation af sundhedsfaglige 1-1-2-opkald, aktiviteten på Akuttelefon 1813, ambulancetjenesten, akutlægebilerne, akutlægehelikopteren, psykiatrisk akutberedskab og den liggende patientbefordring (liggende sygetransport) samt sundhedsberedskabet.

Desuden indeholder rapporten en beskrivelse af kvalitetsudvikling samt særlige arrangementer og beredskabshændelser, som regionens akutberedskab i 2013 har været involveret i.

Særlige resultater opnået i Akutberedskabet 2013

- Der blev i løbet af 2013 afviklet i alt knap 248.000 kørselsopgaver af regionens præhospital beredskaber.
- Ud af det samlede antal kørsler blev der afviklet godt 128.000 akutte ambulancekørsler og 19.000 kørsler med akutlægebil.
- AMK-Vagtcentralen modtog i 2013 godt 118.000 sundhedsfaglige 1-1-2 opkald.
- Akuttelefonen 1813 modtog gennemsnitligt 16.600 opkald per måned i 2013.
- Akutberedskabet har Danmarks bedste responstid på akut ambulancekørsel med udrykning, idet 50 % af alle disse er fremme på godt 6 minutter - en responstid der også er blandt de bedste i Europa.
- Målet om, at 90 % af alle ambulancer med udrykning er fremme hos borgerne indenfor 13 minutter, er igen opfyldt i 2013 for den samlede region.

Der blev i løbet af 2013 afviklet i alt 247.812 kørselsopgaver af regionens præhospital beredskaber. Det samlede antal opgaver er på et tilsvarende niveau som i 2012 (248.765).

Regionens mål for responstid for udrykningskørsler er, at tiden fra AMK-Vagtcentralen sender opgaven til disponering, til en ambulance med udrykning er fremme på adressen hos borgeren, højst bør være 13 minutter i 90 % af tilfældene.

Punkt nr. 5 - Beslutningsmateriale til afstemning af akut og præhospitalet indsats i Region Hovedstaden 2013

Bilag 1 - Side -4 af 32

Den samlede responstid i 2013 for ambulancekørsel med udrykning var for 90 % af tilfældene varierende hen over månederne fra 10 minutter og 6 sekunder til 11 minutter og 31 sekunder. Den mediane responstid i 2013 varierer hen over månederne fra 5 minutter og 30 sekunder til 6 minutter og 15 sekunder for den samlede region.

Det fremgår af rapporten, at responstider for regionen samlet og for næsten alle enkelte planområder opfylder det tilstræbte mål (90 % indenfor 13 minutter). Samtidig ligger den mediane responstid, det vil sige, hvornår halvdelen af ambulancerne seneste er fremme for hele regionen, på den akutte ambulancekørsel med udrykning på 6 minutter og 2 sekunder, hvilket er de bedste responstider i Danmark og blandt de bedste i Europa.

Responstidsmålet for de ikke-livstruende akutte ambulancekørsler er, at 90 % er fremme senest inden for 25 minutter. Dette opfyldes tilnærmelsesvis, men varierer planområderne imellem fra 26 til 29 minutter for 2013 samlet.

Regionens akutlægebiler, der er bemanded med speciallæger og paramedicinere udgør den faglige spydspids i det daglige akutte sundhedsberedskab. Regionen har fem akutlægebiler, hvoraf de tre er døgndækkende. I efteråret 2013 blev en døgndækkende akutlægebil etableret på Bornholm, som led i en 2-års forsøgsordning. Akutlægebilernes formål er at redde liv, at afkorte akutte sygdomsforløb, at forbedre prognosen ved tidlig avanceret behandlingsindsats, at lindre smerter og ubehag, samt at vurdere behandlingsindikation og foretage en hensigtsmæssig visitation til regionens hospitaler. Herudover varetager akutlægebilstjenesten regionens præhospitale indsatslederfunktion døgnet rundt.

Akutlægebilerne varetager alle regionens interhospital overflytninger af kritiske syge patienter. Dette sikrer, at overflytninger sker hurtigt og med særligt kvalificeret personale samtidig med, at det enkelte hospitals beredskab og aktivitetsniveau opretholdes i den akutte situation.

Som en midlertidig ordning, frem til den kommende landsdækkende akutlægehelikopterordning der træder i kraft i oktober 2014, råder Region Hovedstaden i samarbejde med Region Sjælland og Region Syddanmark over en akutlægehelikopter. Akutlægehelikopteren flyver til patienter med såkaldte tidskritiske tilstande som traumer, blodpropper i hjernen og hjertet, og hvor kørsel med ambulance til specialiseret behandling forventes at tage mere end 25 minutter.

På patientsikkerhedsområdet er der i 2013 rapporteret 271 utilsigtede hændelser og iværksat seks kerneårsagsanalyser med henblik på læring og udvikling. Den Præhospitale Virksomhed har i 2013 modtaget 83 klager. Antallet af klager og utilsigtede hændelser er fra alle virksomhedens aktiviteter, herunder også 112-opkald og alle ambulance og sygetransportkørsler.

I april 2013 præsenterede American College of Surgeons Committee on trauma (ASC) en vurdering af regionens traumesystem efter en invitation fra Rigshospitalets TraumeCenter. Den Præhospitale Virksomhed - Akutberedskabet indgik i denne vurdering og Akutberedskabet havde derfor også besøg af ACS, som en væsentlig del af regionens traumesystem. I den endelige rapport fremhæver ACS regionens Akutberedskabet (Emergency

Medical Services) som et velfungerende og sammenhængende system, og betegner det regionale traumesystem som værende svarende til et Level 1 Traumecenter i USA, altså det højeste niveau.

Det præhospitale område

Den præhospitale indsats i Region Hovedstaden er organisatorisk samlet i Den Præhospitale Virksomhed og omfatter ambulancer, akutlægebiler, akutlægehelikopter (HEMS), psykiatrisk akutberedskab, liggende sygetransporter, Akuttelefonen 1813 samt af regionens AMK-Vagtcentral og herunder sundhedsberedskabet.

Den Præhospitale Virksomheds opgaveansvar

Overordnet har Den Præhospitale Virksomhed det ledelsesmæssige og økonomiske ansvar for løsning af følgende opgaver samt drift af de tilhørende funktioner:

- Sundhedsfaglig rådgivning, visitation og disponering af præhospitale ressourcer gennem de sundhedsfaglige 1-1-2-opkald
- Sundhedsfaglig visitation af opkald til Akuttelefonen 1813, herunder visitation til regionens akutmodtagelser og -klinikker og akutte hjemmebesøg (fra 1. januar 2014)
- Akutlægebiler, akutlægehelikopter og psykiatrisk akutberedskab
- Kontrakter for ambulancekørsel og liggende patientbefordring med økonomisk, aktivitetsmæssig og kvalitativ monitorering og kvalitetssikring af kontrakterne
- Akut Medicinsk Koordination (AMK), som er det operative akutte sundhedsberedskab i regionen og koordination af beredskabet mellem det præhospital område og regionens hospitaler og psykiatrien
- Sundhedsberedskabsplaner og øvelsesaktiviteter i samarbejde med andre myndigheder, herunder politi og redningsberedskaber samt en løbende opdatering af regionale beredskabsplaner
- Forsknings- og udviklingsprojekter samt tværgående uddannelsesaktiviteter inden for det præhospitale og akutte område
- Sikring af en høj kvalitet og en vedvarende kvalitetsudvikling på det præhospitale og akutte område.

Organisering med fokus på sammenhængende patientforløb

Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet blev etableret 1. januar 2012 som en ny tværgående virksomhed i regionen med henblik på at samle en række tværgående akutfunktioner og skabe sammenhæng i og udvikle de akutte tilbud til regionens borgere.

I løbet af 2013 justeredes organisationen på baggrund af erfaringer fra det første år som selvstændig virksomhed. Den ændrede organisering understøtter fokus på borgerne og de sammenhængende patientforløb samt en ensartet ledelsesstruktur på tværs af virksomheden med entydige referencerammer.

Konkret blev Akuttelefonen 1813 udskilt som selvstændig enhed og ledelseslagene i virksomheden blev formaliseret til at bestå af en direktion, enhedsledelse (enhedschefer), mellemlidelse (sektionsledere) samt operativ daglig driftsledelse (vagtledere / baseansvarlige).

Danmarks største vagtcentral

For at understøtte Den Præhospitale Virksomheds organisering samt for at opnå størst mulig sammenhæng i forhold til virksomhedens tværgående opgaver blev alle Akutberedskabets funktioner organisatorisk samlet i Ballerup i december 2013.

Al ikke kørende personale på AMK-Vagtcentralen, Akuttefonen 1813 samt administration og ledelse arbejder nu på samme matrikel, hvilket er med til at skabe synergi til gavn for patienterne og den faglige vidensdeling.

AMK-Vagtcentralen og Akuttefonen 1813 har 70 arbejdsstationer på 2.350 kvadratmeter, dertil kommer arbejdspladser til ledere og administrativt personale. Dette gør Region Hovedstadens AMK-Vagtcentral til Danmarks største vagtcentral.

Med flytningen af AMK-Vagtcentralen til Ballerup er der samtidig blevet en fysisk backup på den tidligere lokalitet på Herlev Hospital for regionens samfundskritiske funktion til håndtering af sundhedsfaglige 112-opkald.

Enstrengt og visiteret akutsystem fra 2014

En væsentlig del af virksomhedens arbejde har i sidste halvdel af 2013 været at etablere et enstrengt og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden i samarbejde med de øvrige virksomheder i regionen.

Det har siden vedtagelsen af de sundhedspolitiske hensigtserklæringer i forbindelse med regionensdannelse og Hospitalsplan 2007 været et mål, at regionens akutsystem skal være enstrengt, og at akutmodtagelser/-klinikker og lægevagt skulle indtænkes i et sammenhængende akutsystem.

Regionsrådet besluttede i foråret 2013, at der med virkning fra 1. januar 2014 skulle ske en organisatorisk og fysisk samordning af den overenskomstaftalte lægevagt med regionens øvrige akutte tilbud. Samtidig hermed indføres en visiteret adgang til akutmodtagelser og -klinikker, som led i Finanslovsaftalen.

I overensstemmelse med anbefalingen fra regeringens Akutudvalg etablerede regionen i efteråret 2013 grundlaget for en entydig og visiteret adgang til akutsystemet, hvor den gamle lægevagtordning samordnes med det øvrige akutsystem via akuttelefonen 1813 i Den Præhospitale Virksomhed. Der er således, fra 1. januar 2014, i Region Hovedstaden kun én indgang for alle akutte patienter udenfor egen læges åbningstid, nemlig Den Præhospitale virksomhed via 1-1-2 ved akutte og livstruende tilfælde og via 1813 i alle andre tilfælde.

Samlingen af lægevagtsfunktionen med regionens øvrige akutsystem indebærer, at lægevagts funktionens telefonkonsultation samles med Akuttefonen 1813 ved, at der udover sygeplejersker også ansættes læger til at besvare de opkald, der kræver en lægelig vurdering. Akuttefonen 1813 kan udover rådgivning og telefonkonsultation henvise til konsultation eller undersøgelse i akutmodtagelse/-klinikker, sundhedshuse, tilbyde akutte lægebesøg i hjemmet og udskrive recepter, hvor der er uopsætteligt behov for ordination af medicin.

Alt præhospitalt akutarbejde fra 1-1-2, akuthelikoptere, akutlægebiler, ambulancer med og uden paramediciner, psykiatrisk akutberedskab, liggende sygetransport samt rådgivning og visitation via Akuttelefonen 1813 ved sygeplejerske eller læge og hjemmebesøg mv. er herefter samlet i Den Præhospital Virksomhed, hvorfra regionens sundhedsberedskab også varetages på døgnbasis

Regionens AMK-Vagtcentral og Akuttelefonen 1813

Regionens AMK-Vagtcentral er ”kommandocentral” for regionens samlede akutte beredskab og dermed den koordinerende funktion for al præhospital og akut indsats med ambulancer, akutlægebiler, akutlægehelikopter, psykiatrisk akutberedskab og liggende sygetransporter.

AMK-Vagtcentralen har siden maj 2011 modtaget alle sundhedsfaglige 1-1-2-opkald. Det sundhedsfaglige personale vurderer, prioriterer og visiterer opkaldene efter behov og hastegrad og rådgiver borgerne samtidig med, at en *dispatcher*, som er en specialiseret disponent med ansvar for al kørselslogistik, har fokus på at sikre den hurtigste og bedst mulige løsning under hensyn til ressourcer og det samlede beredskab.

Opgaverne til regionens AMK-Vagtcentral kommer dels via telefoniske 1-1-2-opkald viderestillet fra 1-1-2-alarmentralerne og dels direkte fra regionens eget personale, fx de centrale visitationer (CVI), hospitalsafdelinger og psykiatriske centre samt fra borgerne via opkald til Akuttelefonen 1813.

Der gennemføres i gennemsnit knapt 700 kørselsopgaver per døgn, hvoraf ca. 60 % er akutte opgaver (ambulance- og akutlægebilskørsel). Alle opgaver registreres elektronisk og 1-1-2-samtalerne voicelogges (optages) med henblik på dokumentation, kvalitetssikring og læring.

Akuttelefonen 1813, modtog i gennemsnit knap 16.600 opkald per måned i 2013. Alle 1813-samtalerne voicelogges ligeledes med henblik på dokumentation, kvalitetssikring og læring.

AMK-Vagtcentralen varetager desuden regionens koordinerende opgaver i forbindelse med det operative sundhedsberedskab. Ved større ulykker og beredskabshændelser leder og koordinerer AMK-Vagtcentralen regionens samlede indsats, der involverer sundhedsvæsenet. AMK-Vagtcentralen er den akutte indgang til regionens sundhedsberedskab for de enkelte hospitaler og for de eksterne samarbejdspartnere, herunder redningsberedskabet, politi, regionens kommuner, Sundhedsstyrelsen med flere. Endvidere er det AMK-Vagtcentralen, der fra eksterne samarbejdsparter modtager beredskabsinformation og sikrer, at det videreformidles til de rette inden for regionen.

Det er AMK-Vagtcentrallægerne der varetager det koordinerende ansvar for det operative sundhedsfaglige beredskab ved større hændelser. AMK-vagtcentrallægerne er speciallæger med indgående erfaring med det præhospital område og har særlig ekspertise indenfor bl.a. beredskabsstyring og indenfor det transportmedicinske område. AMK-Vagtcentrallægerne varetager ligeledes lægefaglige vurderinger og beslutninger i hverdagen og yder lægefaglig supervision og sparring til de sundhedsfaglige visitatorer på AMK-Vagtcentralen og de kørende præhospital enheder.

I løbet af 2013 blev AMK-lægenes tilstedeværelse på AMK-Vagtcentralen udvidet, hvorefter AMK-lægerne er til stede på AMK-Vagtcentralen i tidsrummet 08.00-22.00. I den øvrige del af døgnet har AMK-lægen en beredskabsvagt.

Indsatsledelse

Ved alle større ulykker og særlige hændelser fungerer en særligt uddannet akutlæge som sundhedsvæsenets indsatsleder (Indsatsleder Sund, tidligere kaldet KOOL). Indsatslederen indgår som en integreret del af den tværfaglige indsatsledelse på det store skadested sammen med politiets og redningsberedskabets indsatsledere. Der er døgnet rundt, året rundt altid mindst én indsatslederuddannet læge på vagt på en af regionens akutlægebiler til at varetage sundhedssektorens indsatslederfunktion.

Med den større fokus på indsatsledelse ved større hændelser etablerede regionen i efteråret 2013 en indsatslederbil med seneste teknologi inden for it-, overvågnings- og kommunikationsudstyr. Indsatsleder bilen disponeres til større ulykker eller særlige hændelser, hvor regionens beredskab aktiveres. Bilen er således en rullende kommandocentral, der giver langt bedre mulighed for hurtigt at sikre stort overblik og en effektiv indsats med direkte kommunikation (radio, telefoni, data – og videotransmission) til AMK-Vagtcentralen.

Indsatsleder bilen har siden driftsstart været bemanded med en indsatslederuddannet læge og en af regionens paramedicinere (lægeassistent).

Indsatsleder bilen er ligeledes udstyret som en almindelig akutlægebil og kan derfor fungere som en del af det eksisterende daglige beredskab.

Liggende sygetransport

Regionens AMK-Vagtcentral står for planlægning og disponering af den liggende sygetransport, der er adskilt fra den siddende sygetransport, som ikke er en del af regionens akutberedskab.

Der er i forbindelse med de aktuelle kontrakter for den liggende sygetransport fastsat et 90 minutters servicevindue, hvilket betyder, at senest 90 minutter efter ønsket afhentning eller tidligst 90 minutter før ønsket afsætning, skal borgeren være under transport henholdsvis afleveret på den ønskede adresse.

Ambulancer

Regionen har kontrakt med tre ambulanceleverandører: Falck A/S, Københavns Brandvæsen og Frederiksberg Brandvæsen. Kontrakterne er alle indgået som en leverance af driftstid, som regionens AMK-Vagtcentral kan disponere over til løsning af opgaver i hele regionen. Det er regionen der ejer og står for al kommunikationsudstyr og det avancerede medicinske udstyr i ambulancerne.

Akutlægebiler

Akutlægebilerne yder støtte til ambulancerne og tilbyder regionens borgere avanceret lægelig behandling præhospitalt. Akutlægebilerne disponeres af regionens AMK-Vagtcentral til alle akutte, livstruende tilstande, hvor en tidlig avanceret behandling og lægelig vurdering har betydning for diagnostik, behandling og visitation.

Akutlægebilerne bistår endvidere med lægelig ledsagelse og assistance til udvalgte interhospital overflytninger, det vil sige overflytninger af kritisk syge patienter mellem hospitalerne, der kræver ledsagelse på speciallægeniveau. Det sker med henblik på at sikre høj kvalitet i de kritiske overflytninger og samtidig at aflaste det enkelte hospitals akutte beredskab i situationen. En interhospital transport visiteres altid i samarbejde med den vagthavende AMK-Vagtcentral på regionens AMK-Vagtcentral.

Akutberedskabet står for både drift og bemanning af alle regionens akutlægebiler. Den lægelige bemanning varetages delvis via en samarbejdsaftale mellem Den Præhospital Virksomhed og regionens akuthospitaler og delvis via virksomhedens speciallæger. Samarbejdsaftalen med regionens akuthospitaler blev indgået foråret 2013 og konsoliderer det nære samarbejde mellem Akutberedskabet og akuthospitalerne

Som en del af Sundhedsministeriets pulje på 50 mio. kr., til en forbedret akutindsats i Danmarks ydreområder, har Den Præhospital Virksomhed modtaget 13,2 mio. kr. til at etablere et 26 måneders forsøg med en akutlægebil på Bornholm og telemedicinsk videokonference i ambulancerne på Bornholm.

Den nye akutlægebil på Bornholm startede den 1. november 2013 og har fungeret som døgndækkende ordning siden 1. december 2013. Akutlægebilen på Bornholm disponeres på lige fod med de resterende akutlægebiler i regionen, men den særlige demografi på Bornholm, og det lave aktivitetsniveau for bilen, betyder at personalet sideløbende også varetager andre opgaver på Bornholms hospital. Bilen bemannes dels med akutlæger og dels med anæstesisygeplejersker.

Disse tiltag medfører et kvalitetsløft i den præhospital indsats på Bornholm. Erfaringerne fra den telemedicinske indsats vil ydermere kunne anvendes til at vurdere anvendeligheden i lignede områder på tværs af landet.

Akutlægehelikopter

I maj 2010 etablerede Region Hovedstaden sammen med Region Sjælland en akutlægehelikopter som del af akutberedskabet (ALH eller HEMS for Helicopter Emergency Medical Services) – senere kom Region Syddanmark med i ordningen. Forsøgsordningsprojektet var frem til maj 2012 fuld ud finansieret af TrygFonden og siden ved finanslovsmidler.

Projektets første år er blevet sundhedsfagligt og økonomisk evalueret ved et Ph.d.-projekt og en uafhængig DSI rapport (nu KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning). Evalueringen blev offentliggjort i januar 2012 og har sammen med evalueringen fra den tilsvarende jyske akutlægehelikopterforsøgsordning dannet grundlag for den landsdækkende opgave om tre døgndækkede akutlægehelikoptere i Danmark, hvoraf udbuddet blev afgjort i efteråret 2013.

De fem regioner har i 2013 valgt Norsk Luftambulanses leverandør af de tre lands- og døgndækkende akutlægehelikoptere, som fra oktober 2014 skal supplere regionernes præhospital beredskaber.

Indtil den permanente og landsdækkende akutlægehelikopterordning træder i kraft, har Region Sjælland og Region Hovedstaden forlænget den nuværende aftale med Falck A/S frem til den 30. september 2014.

Psykiatrisk Akutberedskab

Den 1. januar 2013 overgik ansvaret for og disponeringen af det Præhospitale Psykiatriske Akutberedskab (tidligere Den Psykiatriske Udrykningstjeneste) til Den Præhospitale Virksomhed for at skabe sammenhæng til det øvrige akutberedskab i regionen. Samtidig blev det Psykiatriske Akutberedskab udvidet til at dække hele regionen med undtagelse af Bornholm.

Den 1. april 2013 overgik også visitationen af det Psykiatriske Akutberedskab til Den Præhospitale Virksomhed. Alle henvendelser om rekvirering af det Psykiatriske Akutberedskab går nu til regionens AMK-Vagtcentral, som ved alle øvrige rekvireringer af præhospital indsats.

Psykiatrisk Akutberedskab operer i tidsrummet 16.00-08.00 på hverdage og er døgndækkende i weekender og på helligdage. Det Psykiatriske Akutberedskab er bemanded med en speciallæge i psykiatri og en paramediciner (lægeassistent). Dette særlige tilbud til psykisk syge borgere findes kun i Region Hovedstaden.

Det præhospitale patientforløb

Det præhospitale patientforløb starter allerede i telefonen når borgeren ved ulykke og sygdom ringer 1-1-2 eller 1813 alt efter hastegrad og alvorlighed. Opkaldet modtages herefter på AMK-Vagtcentralen hvor de sundhedsfaglige visitatorer på enten 1-1-2 eller 1813 rådgiver og visiterer til den relevante hjælp.

Såfremt det vurderes nødvendigt, udsender personalet på AMK-Vagtcentralen herefter relevante præhospitale enheder; liggende patienttransport, ambulance med eller uden udrykning, akutlægebil, akuthelikopter eller det psykiatriske akutberedskab samt akutte hjemmebesøg.

Telefonisk rådgivning

1-1-2-opkald

Det er 1-1-2-alarcentralen, der modtager alle opkald fra borgerne. 1-1-2-operatøren på alarmcentralen har til opgave at stedfæste hændelsen. Det vil sige, at afklare hvilken adresse hændelsen foregår på, og derefter videresende alle opkald vedrørende sygdom og tilskadekomst til regionens sundhedsfaglige visitatorer på regionens AMK-Vagtcentral. Det er regionens servicemål, at alle opkald skal være besvaret inden for 10 sekunder. Dette servicemål er opfyldt, idet 99,7 % af opkaldene er besvaret inden for 10 sekunder, og med et gennemsnitlig tid på 4 sekunder fra opkaldet er overdraget til AMK-Vagtcentralen, til den sundhedsfaglige visitatorer besvarer opkaldet.

Nedenstående tabel viser antal sundhedsfaglige 1-1-2-opkald til AMK-Vagtcentralen, samt hvilket respons opkaldet har resulteret i.

Punkt nr. 5 - Beslutningsmateriale: Afrapportering af akut og præhospital indsats i Region Hovedstaden 2013
Bilag 1 - Side -11 af 32

Kørselsprioritet	Antal opkald	Procent
Kategori A	47.800	40,3 %
Kategori B	40.900	34,4 %
Kategori C og D	750	0,6 %
Kategori F (rådgivning)	29.300	24,7 %
I alt	118.750	100,0 %

Note I: Akutlægebilskørsler er inkluderet i tabellen..

Note II: Tallene i tabellen dækker hele 2013 fraset døgnet den 9. december 2013, dette skyldes et skift i bagvedliggende IT-system. Tallene i tabellen er i stedet rundt op til nærmeste 100, eller 50 for kørsel C og D.

Ved samtalen med den sundhedsfaglige visitator fastlægges behovet for indsats og hastegraden heraf for den pågældende borgers sygdom eller tilskadekomst. Visitationstiden, det vil sige, tiden fra regionen har modtaget samtalen fra 1-1-2-alarmcentralerne til opgaven er visiteret og sendt til disponering, ligger på 99 sekunder (median) for det samlede antal opkald i 2013. For opgaver i kategori A (livs - eller førlighedstruende tilstande) er tiden 73 sekunder (median) i 2013.

Efter visitation og disponering af den korrekte præhospitale indsats fortsætter samtalen med rådgivning af indringer til en gennemsnitlig samtalevarighed på knap 3 minutter i 2013, hvilket er uændret i forhold til 2012. Gennemsnittet dækker dog over en meget stor variation fra de situationer, hvor der ikke er behov for råd og vejledning til de komplicerede og/eller livstruende tilfælde, hvor vejledningen fortsætter frem til, at ambulance eller akutlægebil er fremme hos patienten fx med vejledning i hjerte-lungeredning.

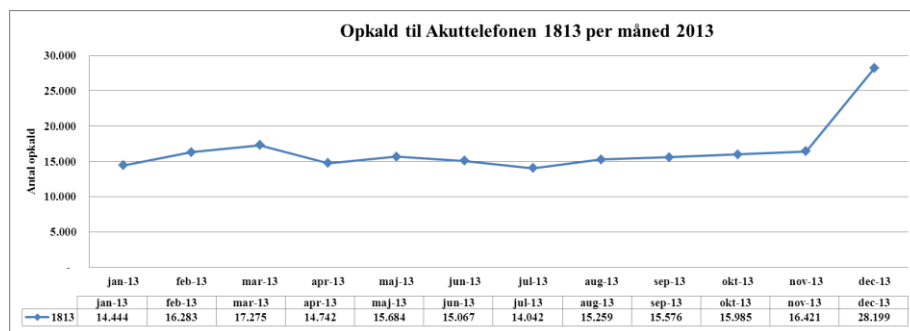
Til at vurdere, hvilket respons der er korrekt i forhold til indringers behov for hjælp, benyttes Dansk Indeks for Akuthjælp, der er et medicinsk beslutningsstøtteværktøj for de sundhedsfaglige visitatorer på regionens AMK-Vagtcentral. Dansk Indeks anvendes på alle regionernes AMK-Vagtcentraler i Danmark og revideres i fællesskab på landsplan.

Akuttelefon 1813

På Akuttelefonen 1813 yder de sundhedsfaglige visitatorer vejledning i almindelige forholdsregler ved akut opstået sygdom og skade samt oplyser om ventetider på regionens akutmodtagelser og -klinikker. Det var i 2013 regionens servicemål, at minimum 90 % af opkaldene skulle være besvaret inden for 2 minutter. Dette servicemål er opfyldt, idet 93 % er besvaret inden for 2 minutter¹ med en gennemsnitlig samtalevarighed på 4½ minut. Der blev i 2013 modtaget 198.977 opkald, svarende til et gennemsnit på knap 16.600 opkald per måned.

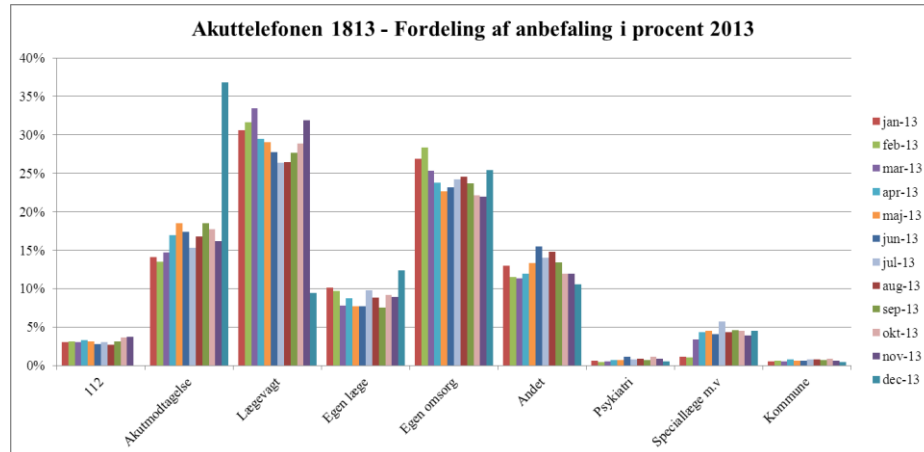
¹ Data der ligger til grunde for disse beregninger dækker hele 2013 fraset perioden efter den 14. december 2013. Dette skyldes manglende data i forbindelse med skift i IT-system.

Nedenstående tabel viser antal opkald til Akuttelefonen per måned i 2013.



Regionerne har i fællesskab udarbejdet Dansk Indeks for Akuthjælp. I Region Hovedstaden fungerer indekset som instruks for personalet på Akuttelefonen 1813 og bruges til at klarlægge behovet for hjælp hos indringer, så personalet herefter kan disponere den tilsvarende hjælp. Dansk Indeks for Akuthjælp er tilpasset de tilstande som vedrører Akuttelefonen 1813.

Der ses en markant stigning i antallet af opkald til Akuttelefonen 1813 i december 2013. Det er vurderingen, at stigningen i antallet af opkald skyldes, at Akuttelefonen fra den 1. januar 2014 startede op som visiterende enhed i forhold til regionens akutklinikker og akutmodtagelser, og at der allerede i december var meget fokus på telefonens ændrede funktion – bl.a. var informationskampagnen for Akuttelefonen 1813 startet på dette tidspunkt.



Ved opkald fra borgere, hvor det efter den sundhedsfaglige visitors vurdering har vist sig at vedrøre alvorlig og akut sygdom, er der blevet visiteret en akutambulance. Disse andrager ca. 3 % af opkaldene. Dette sker direkte fra Akuttelefonen og uden viderestilling eller forsinkelse i øvrigt. Dermed opnås en sammenhæng og synergieffekt til gavn for borgerne ved, at medarbejderne kan betjene begge systemer og er placeret sammen på AMK-Vagtcentralen.

Præhospital indsats Antal patienttransporter

Aktivitetsmæssigt er den samlede kørselsmængde stort set uændret i 2013 i forhold til 2012. Forskellen mellem de nedenstående 230.463 patienttransporter og det samlede antal på 247.812 kørsler skyldes antallet af

Punkt nr. 5 - Beslutningsmateriale: Afrapportering af akut og præhospital indsats i Region Hovedstaden 2013
Bilag 1 - Side -13 af 32

akutlægebilskørsler, hvor ambulance og akutlægebil sendes til samme patient. Tallene afspejler dog betydelige forskelle indenfor de enkelte kørselskategorier.

De overordnede kategorier er kort beskrevet nedenfor:

Kategori A: Livs - eller førlighedstruende tilstande , hvor der ud over ambulancen ofte vil være brug for supplerende indsats med paramediciner og/eller akutlæge. Disse kørsler afvikles altid med udrykning.
Kategori B: Hastende opgaver , men hvor der ikke er umiddelbar risiko for liv eller førlighed. Anvendelse af udrykning beror på en konkret vurdering.
Kategori C: Ikke-hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver, der kræver medicinsk behandling eller overvågning. Disse kørsler afvikles uden udrykning.
Kategori D: Liggende transport , der ikke kræver behandling eller medicinsk overvågning. Disse kørsler afvikles i de fleste tilfælde med en sygetransportvogn.

Kategori A og B er akutte ambulanceopgaver, kategori C er ikke-hastende og planlagte ambulanceopgaver og kategori D er liggende sygetransportkørsler.

Af de 10.859 akutte interhospital kørsler (kategori A og B) i 2013 har 1.697 været med akutlægeledsagelse svarende til, at ca. 15,6 % af kørslerne foregik med kritisk syge patienter.

Transport kategori	Antal 2013	Antal 2012	Ændring (Antal)	Ændring (%)
Ambulance kategori A	51.773	52.421	-648	-1,25 %
Ambulance kategori B	76.657	72.960	3.697	4,82 %
Akutte interhospital transport	10.859	10.189	670	6,17 %
Ambulance kategori C	32.125	34.437	-2.312	-7,20 %
Sygetransport kategori D	59.048	60.569	-1.521	-2,58 %
Total	230.462	230.576	-114	-0,05 %

Note I: Tallene i tabellen dækker hele 2013 fraset døgnet den 9. december 2013, dette skyldes et skift i bagvedliggende IT-system.

Forskydningen mellem kategori C og D skyldes en ændret opgørelsesform i forhold til 2011, hvor kørslerne blev opgjort efter hvilken type køretøj, der havde varetaget opgaven. I 2013 er opgørelsen lavet ud fra, hvilken prioritet opgaven har, således at transporter med D-prioritet, der er udført af ambulancer nu er registreret som D-kørsler. For kørsel C og D tilsammen er der fra 2012 til 2013 sket et fald på 3.833 kørsler, svarende til godt 4 %.

Det fremgår, at det samlede antal opgaver/kørsler i 2013 tilnærmelsesvis er det samme som i 2012. Historisk set har det været normen med en tilvækst i ambulancekørsler med 3-7 % årligt. I perioden fra 2008 til 2010 var den samlede stigning på 9,6 % i al væsentlighed udløst af en stigning i akutkørsler. Der er dog sket en vis forskydning mellem de enkelte kørselskategorier.

Ved idriftsættelsen af den centrale visitation i maj 2010 skete der et markant forskydning fra C-kørsler til B-kørsler. En sådan bevægelse ses fortsat i 2013, men i betydeligt mindre omfang (4,8 %). Denne forskydning er fortsat

et fokusområde i 2014, da en stor del af kørslerne ikke reelt opfylder kriterierne for en B-kørsel. B-kørsler er i langt mindre grad end C-kørsler planlægningsbare og medfører derfor en uhensigtsmæssig logistik og dermed ringere anvendelsesgrad af de præhospitale ressourcer. En akut ambulancekørsel afvikles med den første ledige ambulance, hvilket er uhensigtsmæssigt ud fra hensynet til den samlede opgavevaretagelse, ressourceudnyttelse og logistik, såfremt patientens tilstand ikke berettiger til en sådan hastegrad og tidskrav.

Antallet af akutte intrahospitale transporter er steget en smule (6,17 %). Dette må ses som en konsekvens af den centralisering af behandling, som er sket i overensstemmelse med hospitalsplanen for at understøtte stort fagligt volumen og høj faglig kvalitet i de sundhedsfaglige behandlingstilbud til regionens borgere.

Opgavetid

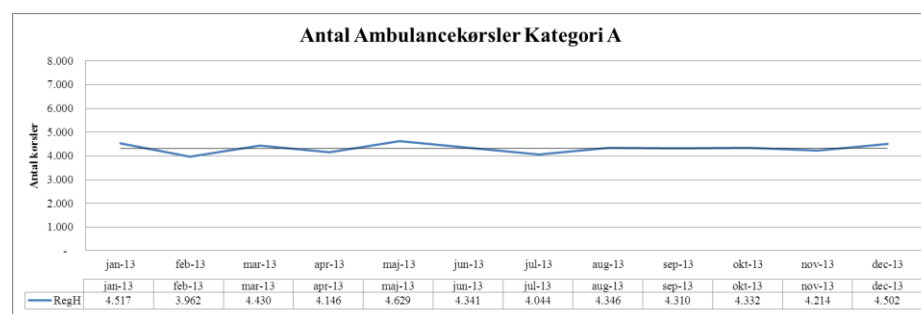
Opgavetiden er den del af den samlede driftstid, hvor et køretøj er beskæftiget med en transportopgave. På trods af et nogenlunde konstant antal transporter i 2012 og 2013 er den samlede opgavetid til gennemførelse af opgaverne steget. Fra 2011 til 2012 er stigningen på 15 timer dagligt og fra 2012 til 2013 yderligere 15 timer, hvilket i alt svarer til driftstiden for lidt mere end 4 deldøgnsambulancer eller sygetransportkøretøjer. Stigningen har indtil videre kunnet kompenseres ved en mere effektiv anvendelse af køretøjerne med fokus på opretholdelse af lave responstider for de mest hastende opgaver. Rresponstider for akutkørsel uden udrykning og servicetider for planlagte transporter med dvs de mindre hastende opgaver er variable og vanskelig at opretholde konstant med de nuværende aktiviteter og eksisterende beredskab. Det er næppe muligt at effektivisere yderligere. Tidspunkterne for yderligere driftstidsbehov er koncentreret til dagtid og tidlig aften, hvor antallet af samtidige opgaver er størst.

Prioritering af opgaverne gør, at effekten af mangellende ressourcer først viser sig på servicetider og dernæst på responstiderne primært 90 og 98 percentilen. Der er ikke nogen indlysende enkeltfaktor i forhold til køretid, modtagetid på hospital eller andre delelementer, der er årsag til dette øgede tidsforbrug, men en sammenhæng med implementering af hospitals – og psykiatriplanen og dermed centralisering af en række funktioner er sandsynlig.

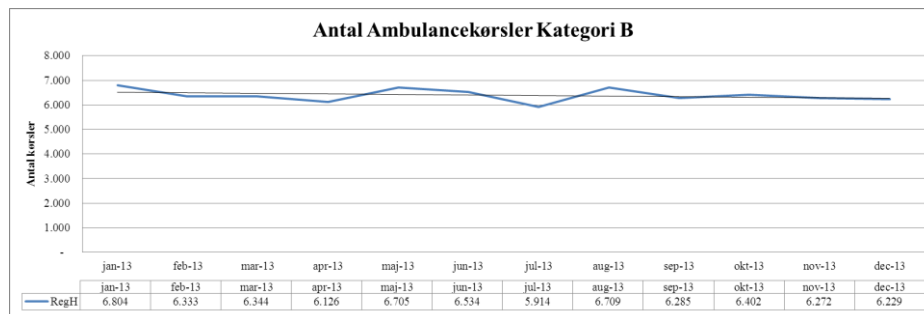
Akut ambulancekørsel kategori A og B

Antal kørsler

I 2013 har antallet af ambulancekørsler i kategori A ligget på et relativt stabilt niveau med et gennemsnit på ca. 4.400 kørsler per måned. Dette er under niveauet i 2012.



I 2013 har antallet af kategori B opgaver ligeledes ligget stabilt fordelt på ca. 6.400 kørsler per måned.



Samlet set er der en stigning i det samlede antal akutte kørsler (kategori A og B) som skyldes den før omtalte effekt af bestillingspraksis internt i sundhedsvæsenet.

Sammenlagt betyder stigning i opgavetid og forskydning af opgaver fra planlagt til akutte kørsler, at responstiderne er blevet længere.

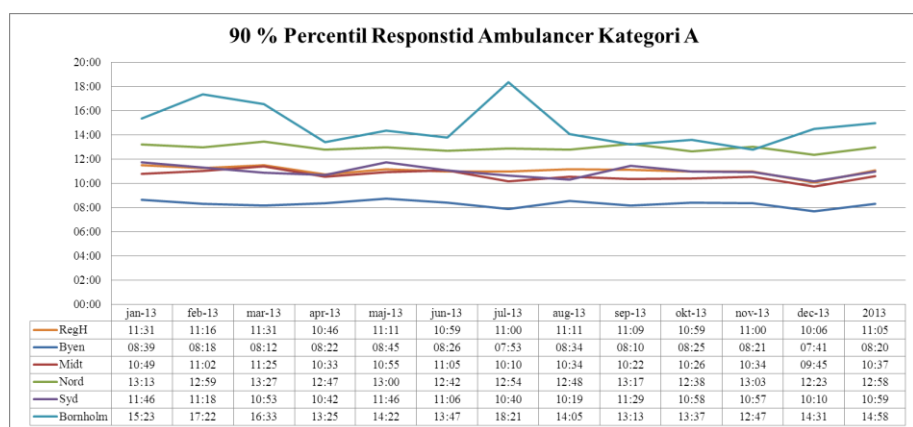
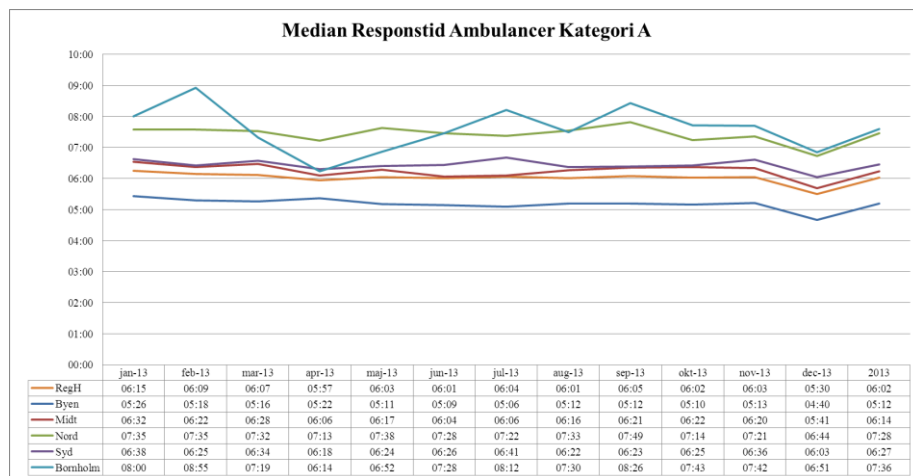
Responstider

Regionsrådet har opsat krav til servicemål for responstiderne for ambulancer med udrykning. Kravene betyder, at der stilles samme minimumskrav til udrykning i alle regionens planområder. Kravet til responstider for ambulancer med udrykning (kategori A) er, at 90 % af alle ambulancerne bør være fremme hos borgerne indenfor 13 minutter, efter opgaven er modtaget til disponering på AMK-Vagtcentralen fra 1-1-2-alarmcentralerne. Yderligere tilstræbes det, at den mediane responstid opgjort på planområder er mellem seks og otte minutter.

Responstiderne er præsenteret som en median (50 %) og en 90 % percentil. Medianen fortæller indenfor, hvilken tid 50 % af ambulancerne senest har været fremme og 90 % percentilen indenfor, hvilken tid 90 % af ambulancerne senest har været fremme. Et gennemsnit er ikke egnet til at vise fordelingen af responstiderne, hvorimod median og 90 % percentil i højere grad giver en reel beskrivelse af responstiderne og specielt fordelingen heraf. Desuden er 98 % percentiler angivet for at vise de absolutte yderpunkter.

Responstiderne er opgjort i henhold til definitionerne i den præhospitalt bekendtgørelse (BKG 1150 af 09/12/2011) og er således direkte sammenlignelige med tidligere opgørelser.

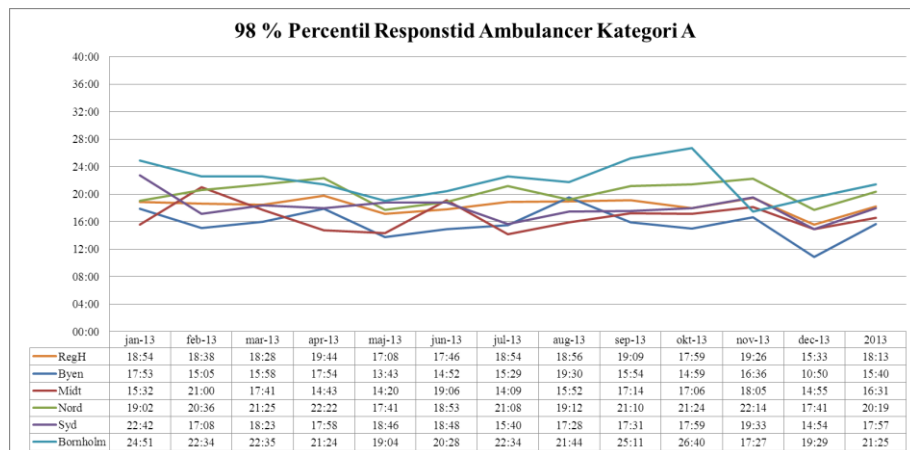
Den mediane responstid i 2013 for akut ambulancekørsel (kategori A) varierer hen over månederne fra 5 minutter og 30 sekunder til 6 minutter og 15 sekunder for den samlede region, og tilsvarende fra 10 minutter og 6 sekunder til 11 minutter og 31 sekunder for 90 % af tilfældene.



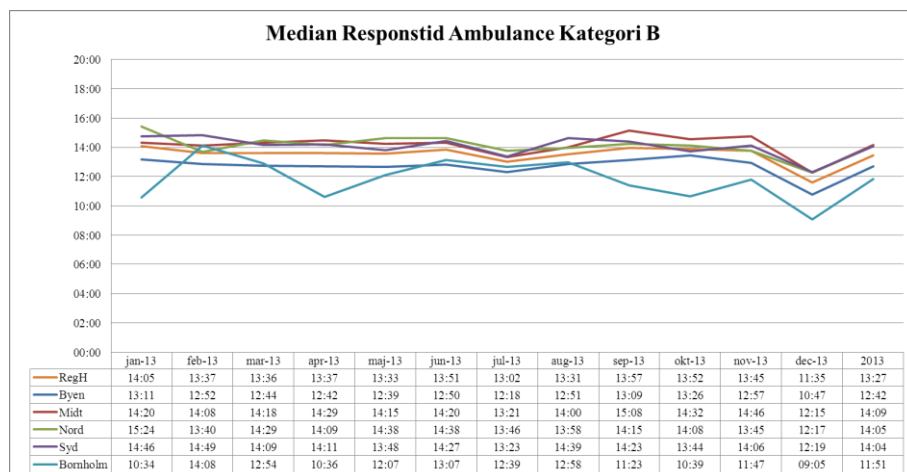
Der er et mindre fald i responstiden for kørsler i den samlede region for kategori A kørslerne på 10 sekunder i mediantid og et fald på 5 sekunder for 90 % percentilen (maksimal responstid) i forhold til 2012. De aktuelle værdier ligger fortsat indenfor de krav til servicemål, der er fastlagt af Regionsrådet, det vil sige, at mindst 90 % af kategori A ambulancer er fremme indenfor 13 minutter for den samlede region.

For Bornholm samt planområde Nord's vedkommende er målene ikke opfyldt i alle månederne. På både Bornholm og i planområde Nord afspejler de længere responstider en mere udstrakt geografi og en lavere befolkningstæthed, som kan være vanskelig at udligne selv med et øget beredskab og deraf følgende større udgifter samt en uforholdsmæssig lav anvendelsesgrad af ambulancerne end tilfældet allerede er i dag.

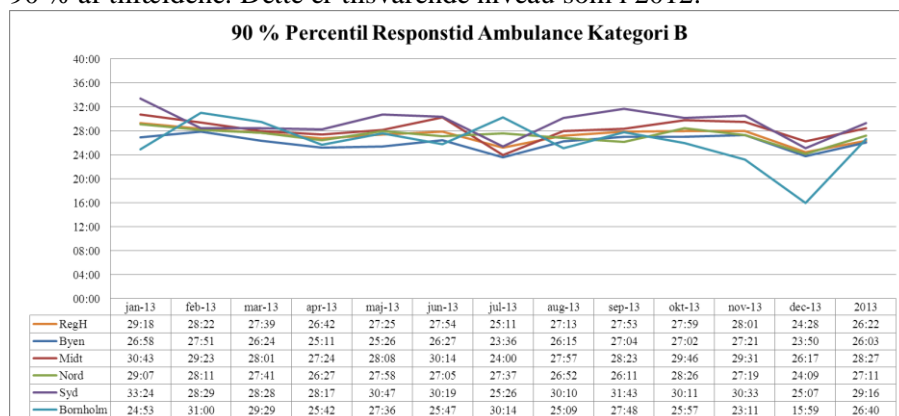
Tillige medfører det relativt lille antal kørsler på Bornholm store udsving fra måned til måned, hvilket også afspejles i responstiderne.



Responstiderne for kategori B ambulancekørsler er angivet nedenfor. Der er ikke fastlagt et politisk servicemål for denne kørselskategori – ambulancekørsel uden udrykning, men Akutberedskabet arbejder på at sikre, at 90 % af disse er fremme indenfor senest 25 minutter.

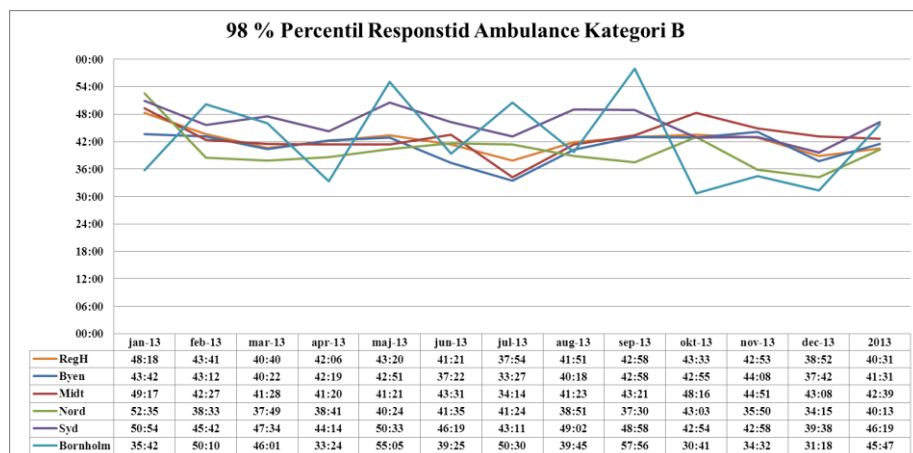


Den mediane responstid i 2013 for kategori B varierer fra 9 minutter og 5 sekunder til 15 minutter og 24 sekunder for den samlede region, og tilsvarende fra 23 minutter og 36 sekunder til 33 minutter og 24 sekunder for 90 % af tilfældene. Dette er tilsvarende niveau som i 2012.



Responstiderne er fortsat lave og blandt de bedste i Danmark. Der er fortsat fokus på at sikre en korrekt bestillingsprioritering fra hospitalerne i forhold til patienternes behov. Det øgede tidsforbrug, der skyldes længere kørevej til relevant behandlingssted, er uundgåeligt, når patienterne skal sikres visitation

til specialist behandling. Et eventuelt øget tidsforbrug i forbindelse med overlevering skal håndteres i samarbejde med akutmodtagelser og akutklinikker.



Tiltag for at undgå særligt lange responstider

Der er siden regionsdannelsen arbejdet målrettet på en ensartet præhospital indsats i regionen, herunder at ensrette ambulance- og akutlægedækningen og sikre ensartet disponering af de præhospital ressourcer uafhængig af leverandører og geografiske forskelle. Endvidere har det også været målet at mindske forskellene mellem responstider i regionens yderområder og det centrale København.

I tæt befolkede områder er antallet af samtidige opgaver den væsentligste faktor for behovet for beredskaber. I tyndt befolkede områder er det den geografiske afstand mellem opgaverne, der er den væsentligste faktor for responstiderne. Alle ambulancer kan disponeres over hele regionen, det er altid regionens AMK-Vagtcentrale der sender den ressource der sundhedsfagligt og logistisk set er bedst egnet til opgaven.

Der er iværksat et redskab til at afhjælpe lange responstider i disponeringssystemet på AMK-Vagtcentralen: Efter en fastsat tidsperiode aktiveres en farvekode i it-systemet hos dispatcher på AMK-Vagtcentralen. Dispatcher gøres således opmærksom på, at der er en bestilt kørsel, hvor der er gået lang tid.

Dispatcher kan reagere på dette ved at kalde vognen eller ved at søge alternativer – dvs. finde ud af om der er en tilsvarende ledig vogn, der er nærmere bestemmelsesstedet – og omdisponere hvis muligt.

Herudover er den døgndækkende nationale akutlægehelikopterordning et redskab til at forhindre særligt lange responstider, hvor det er den geografiske afstand, der er den væsentligste faktor for lange responstider.

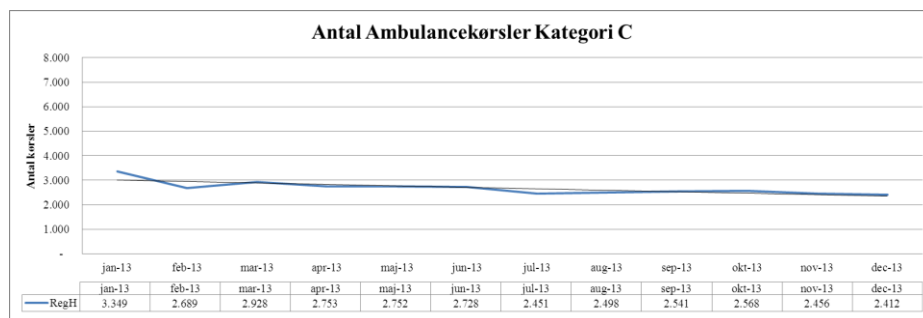
Som et særligt tiltag på Bornholm er der fra efteråret 2013 permanent en akutlægebil til stede her.

Ikke-hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver (kategori C) samt liggende sygetransport (kategori D)

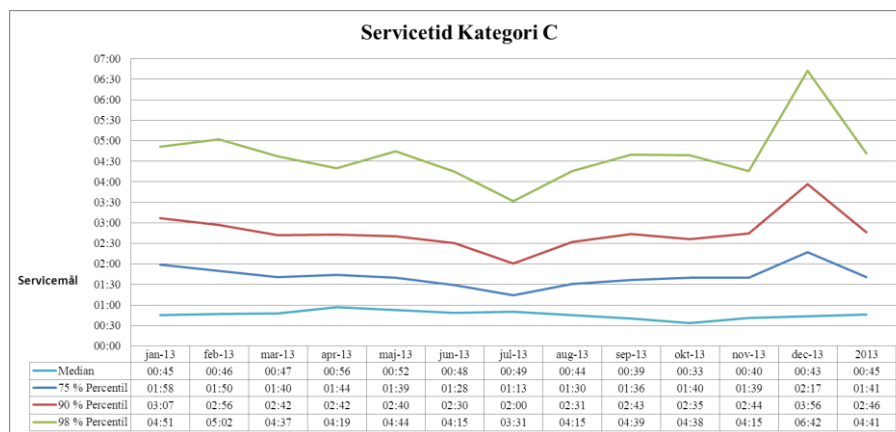
Det gælder for begge kørselskategorier, at der er tale om ikke-hastende og/eller forudbestilte opgaver. Forskellen mellem kategori C og D består i, hvorvidt der er behov for medicinsk overvågning og/eller behandling under transporten (kategori C) eller ikke (kategori D).

Punkt nr. 5 - Beslutningsmateriale: Afrapportering af akut og præhospitalet indsats i Region Hovedstaden 2013
Bilag 1 - Side -19 af 32

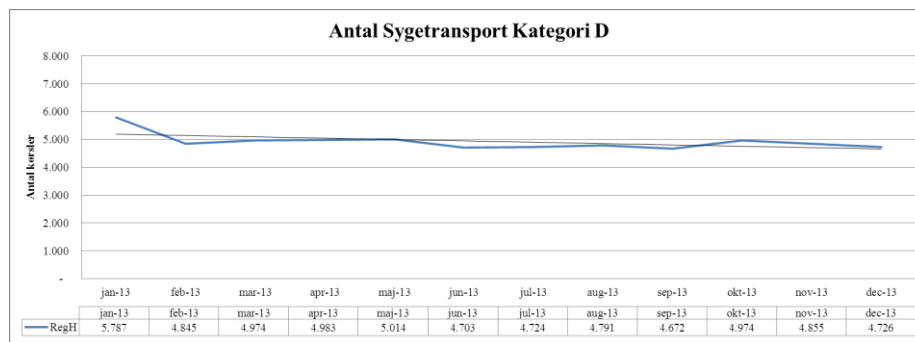
Der har været i alt 91.173 kørsler i disse to kategorier i 2013 mod 95.006 kørsler i 2012, svarende til en ændring med 7,2 % færre kørsler i kategori C og 2,6 % færre i kategori D. Skiftet mellem kategori C og D skyldes som tidligere nævnt en ændret opgørelsesmetode. I 2012 blev kørslerne angivet ud fra kørselens prioritet, der opgøres efter. Forskellen er således ikke nødvendigvis udtryk for en ændring i opgaverne. I henhold til ambulancekontrakterne kan op til 20 % af kategori D afvikles med ambulancer.



Ovenstående graf viser ikke-hastende ambulanceopgaver i kategori C i 2013. Antallet af kørsler har ligget på et stabilt niveau med et gennemsnit på ca. 2.700 kørsler per måned. Der er dog sket et fald på ca. 7,2 % i forhold til 2012, som skyldes den ændrede opgørelsesmetode. Der er, som ovenfor beskrevet, et mindre fald i antallet af kategori C kørsler som følge af en mindre opprioritering til kategori B kørsler.



Den mediane servicetid for ikke-hastende ambulancekørsel kategori C varierer fra 33 minutter til 56 minutter, hvor 75 % percentilen ligger på 1 time og 41 minutter i for hele regionen i 2013.

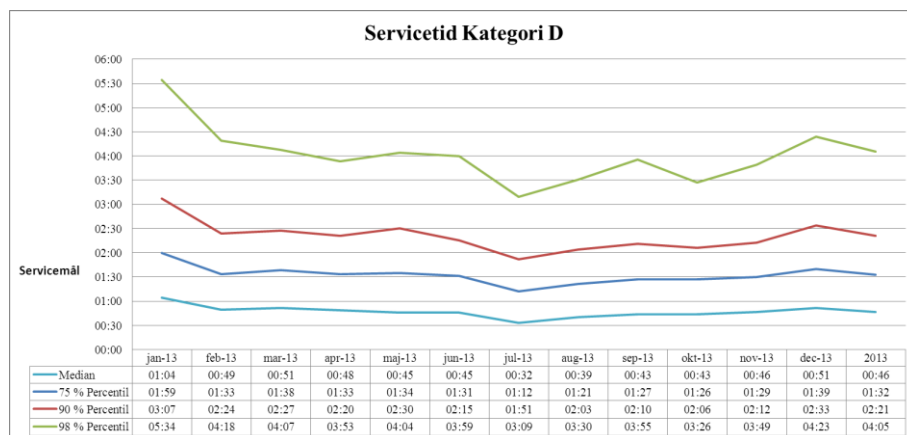


I 2013 har antallet af kørsel D ligeledes ligget på et stabilt niveau med et gennemsnit på ca. 4.900 kørsler per måned. Der skete en stigning i antallet af D-kørsler fra 2011 til 2012 på 10,5 %, i 2013 ses dog et fald i antallet fra 2012 på 2,6 %.

Kategori D kørsler udføres som udgangspunkt med sygetransportkøretøjer, der er indrettet til båretransport uden behandlingsmæssigt udstyr og bemandede med to mand, der ikke er ambulancebehandleruddannede og derfor ikke kan varetage akutte eller behandlingskrævende transporter.

I forbindelse med den politiske beslutning om dimensionering af den liggende sygetransport var forudsætningen et servicevindue på 90 minutter. I praksis betyder dette, at transporten ved en bestilt afhentning ikke må komme før og højst 90 minutter senere hos borgeren. Tilsvarende for afsætning må transporten og dermed borgeren ikke ankomme for sent til det aftalte tidspunkt og tidligst 90 minutter før.

Opfyldelsen af servicemålene (afvikling indenfor 90 minutter) ligger på nogenlunde samme niveau som i 2012 med godt 70 % af kørslerne afviklet indenfor servicemålet og yderligere ca. 12 % mindre end 30 minutter forsinket. Afvigelse sker typisk i spidsbelastningsperioder, hvor den akutte ambulancetjeneste også er belastet og dermed ikke kan hjælpe med afvikling af ikke-akutte opgaver. Det er fortsat målet, at 90 % skal være afviklet indenfor serviceintervallet på 90 minutter, men det forudsætter enten en mulighed for at fordele transporterne over et længere tidsinterval eller tilførelse af yderligere transportressourcer. Fordelingen på percentiler over året ses i nedenstående tabel.



En fortsat vigtig indsats er at optimere den elektroniske booking med henblik på at fordele belastningen over et større tidsrum. Ved en del af bestillingerne

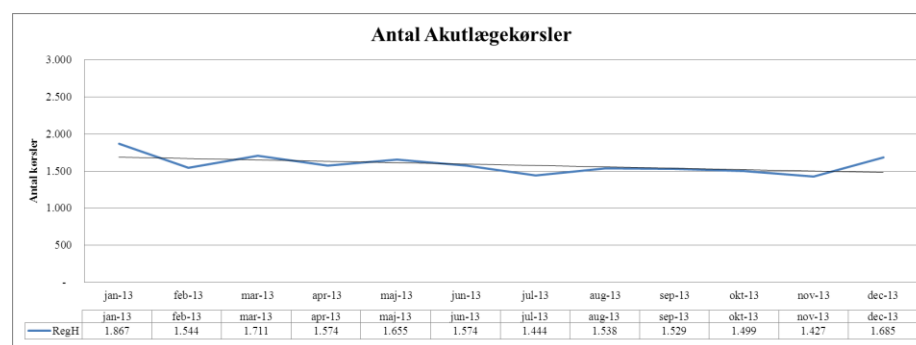
er det konkrete afhentningstidspunkt ikke afgørende, så længe både hospitalet og borgeren kender det. Der er således mulighed for, at kørslen kan flyttes til et tidspunkt, hvor der er ledig kapacitet samtidig med, at borgerens og hospitalets ønsker tilgodeses. En optimering af denne funktion skønnes at kunne bringe en større del af målopfyldelsen tættere på det ønskede niveau. Den Præhospital Virksomhed vil tage initiativ til at drøfte dette med hospitalerne på en række planlagte samarbejds møder i foråret 2014.

Akutlægebiler

Akutlægebilerne yder primært avanceret lægelig behandling på speciallægeniveau som supplement til ambulancernes præhospital indsats.

I Region Hovedstaden er der i alt 6 akutlægebiler. 1 af bilerne dækker Bornholm, mens de resterende 5 dækker hele regionen – og heraf er de 4 døgndækkende.

Akut(læge)biler disponeres altid som en supplerende ressource og dækker enkeltvis et større geografisk område end ambulancerne. Nedenstående graf viser akutlægebilernes aktivitet fordelt på måneder.



Det totale antal akutlægebilskørsler i 2013 sammenlignet med 2012 er faldet en lille smule fra 19.563 kørsler i 2012 til 19.047 i 2013, svarende til et fald på 2,64 %.

Akutlægebilerne varetager ligeledes den lægelige behandling under de særligt komplicerede interhospital transport af kritisk syge patienter, samt yder telefonisk vejledning til ambulancebehandlere om behandlings – og visitationsmæssige spørgsmål jf. nedenstående tabel.

Telefonrådgivningsfunktionen er dog i løbet af 2013 overgået til AMK-Vagtcentralslægen, som også har baggrund som præhospital akutlæge.

Opgavetype	I alt
Kørsler	19.047
Udrykningskørsler	17.350
Akutte interhospital transport	1.697
Telefonisk rådgivning	736
Opgaver i alt	38.830

Note: Kørsler: Opgaver fratrukket telefonrådgivning; Udrykningskørsler: Kørsler fratrukket akutte interhospital transport; Telefonisk rådgivning: Telefonisk rådgivning/konference af ambulancepersonale.

Punkt nr. 5 - Beslutningsmateriale til afsluttende afdragsregulering af akut og præhospital indsats i Region Hovedstaden 2013
Bilag 1 - Side -22 af 32

Akutlægebilerne yder assistance til akut syge og særligt komplicerede tilstande, hvor særlige kompetencer, herunder lægelig vurdering eller visitation er påkrævet.

Akutlægen har kompetence til at yde særlig behandling ved sjældne men livstruende tilstande.

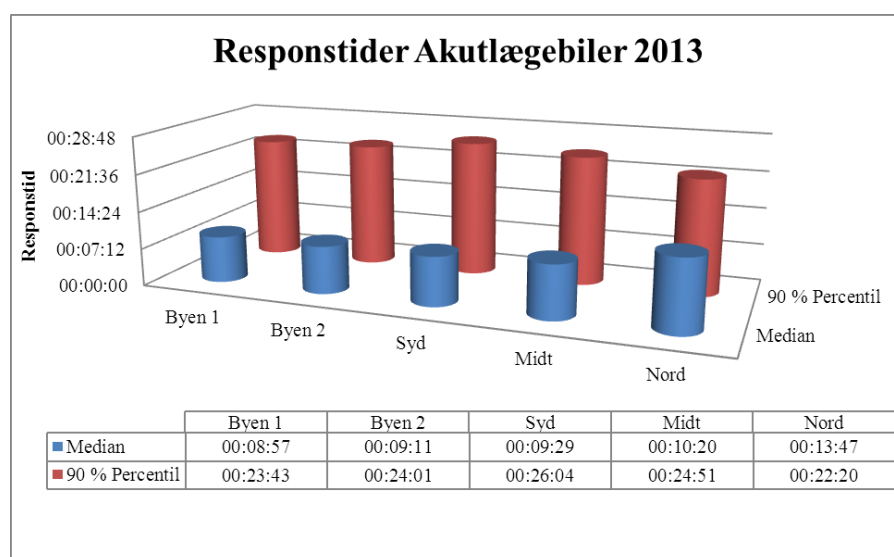
Akutlægebilerne har bl.a. i 2013 været sendt til 1.336 hjertestop uden for hospital. Ud af de patienter, hvor det var muligt og relevant at iværksætte behandling, blev i alt 378 personer genoplivet.

Behandling	I alt
Særlige kompetencer	
Intubation (respiratorbehandling)	859
Ekstern pacing ved hjertesvigt	8
Pleuradræn (kirurgisk anlæggelse af dræn til akut aflastning af vejtrækning)	13
Nødtracheotomi (akut kirurgisk nødbehandling til at skabe frie luftveje)	5

Akutlægen har desuden kompetence til at afslutte behandling på stedet.

Konsekvens af behandling	I alt
Færdigbehandlet på stedet	7 %
Indlæggelse med ambulancepersonale	37 %
Indlæggelse med ledsagelse af læge	56 %
I alt	100 %

Responstiderne for akutlægebilerne fremgår af nedenstående figur. Responstiderne er stort set på samme niveau som i 2012. I lighed med forholdene i 2012 stiger responstiderne i takt med størrelsen af det geografiske område, som er akutlægebilens primære dækningsområde.



Akutlægebilernes indsats omfatter dels opgaver, hvor de visiteres samtidig med ambulancen, og dels opgaver, hvor de visiteres efterfølgende på grund af supplerende oplysninger fra indringer eller på anmodning fra

ambulancemandskab på stedet. I alle tilfælde regnes responstiden fra det tidspunkt, hvor opgaven er visiteret til akutlægebil.

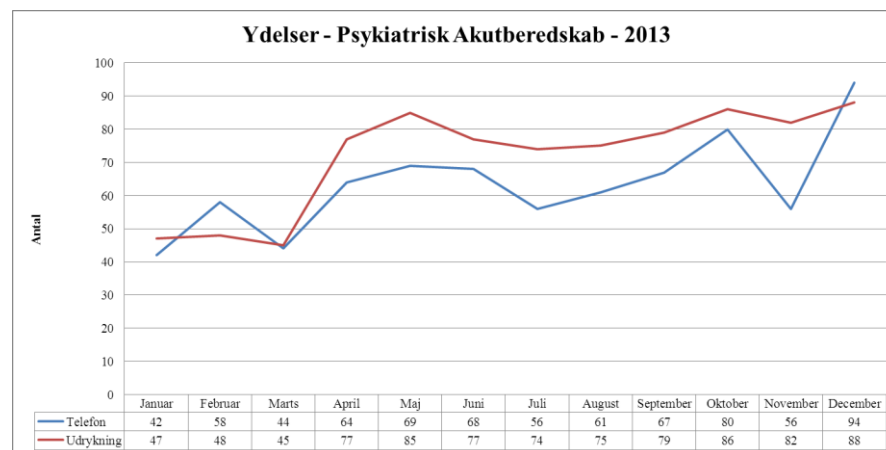
Når akutlægebilerne har længere responstider end ambulancerne skyldes det primært, at der er færre af dem, og de derfor dækker et større areal men også at de nogle gange vil være optaget af en anden opgave, der først skal afsluttes før den nye opgave påbegyndes. Specielt den sidste situation kan medvirke til længere responstider. Det er dog vigtigt at fremhæve, at behandlingen starter ved første køretøjs ankomst, det vil sige ambulance eller akutlægebil, og i de tilfælde hvor ambulancepersonalet er først på stedet, og har behov for råd og vejledning, kan der oprettes direkte kontakt til akutlægebilen, mens denne er på vej.

Psykiatrisk akutberedskab

Det psykiatriske akutberedskab er primært et supplement til de psykiatriske akutmodtagelser, når der er brug for akut psykiatrisk bistand i hjemmet eller botilbud. Akut psykiatrisk bistand ydes enten per telefonisk konsultation eller efter udrykning til patienten.

Der er ét udkørende psykiatrisk beredskab til at dække hele regionen, fraset Bornholm på grund af den geografiske adskillelse. Det psykiatriske akutberedskab er bemanded med en speciallæge i psykiatri samt en paramediciner (lægeassistent).

Nedenstående graf viser det psykiatriske akutberedskabs aktivitet fordelt på måneder.



Der ses en tydelig stigning i antallet af opgaver efter den 1. april 2013 hvor også visitationen af det Psykiatriske Akutberedskab overgik til Den Præhospitale Virksomhed.

Akutlægeheliikopter

De primære opgaver for akutlægeheliikopteren er hurtig indsats og transport til specialbehandling af svært tilskadekomne patienter og syge patienter med visse tidskritiske medicinske tilstande (fx blodprop i hjertet eller hjernen). Akutlægeheliikopteren disponeres ud fra en disponeringsvejledning bl.a. indeholdende geografiske kriterier og hvor transporttid med ambulance forventes at overstige 25 minutter.

Helikopteren har en særlig berettigelse i forbindelse med tidskritiske liv- og förlighedstruende tilstande (fx svær traume samt blodprop i hjertet og

hjernen) hos patienter i områder uden præhospital lægedækning og/eller med lange køreafstande til højt specialiseret behandling, hvorfor helikopteren primært disponeres til disse patientkategorier.

Akutlægehelikopteren har i 2013 fløjet 810 missioner, hvoraf de 65 har været i Region Hovedstaden og resten primært i Region Sjælland, men også et mindre antal missioner i Det Sydfynske Øhav. Fordelingen skal ses i forhold til ovenstående disponeringskriterier. Det vil således oftest være hurtigere at sende en ambulance og akutlægebil til patienter i Region Hovedstaden på grund af regionens tætte lægelig præhospital infrastruktur og relative korte afstande til akuthospitalerne.

Sundhedsberedskabet

Region Hovedstadens sundhedsberedskabsplan

2013 har, med godkendelse af en nye samlede sundhedsberedskabsplan for Region Hovedstaden i oktober 2013, sat fokus på samling og koordination af regionens sundhedsberedskab.

Arbejdet med udarbejdelse af regionens sundhedsberedskabsplan er sket i regionens beredskabsudvalg hvor alle hospitaler og relevante tværgående virksomheder samt concernstabe deltager. Der er fælles formandskab mellem Rigshospitalet og Den Præhospital Virksomhed. Udvalget har også ensrettet alle hospitaler og virksomheders egne beredskabsplaner, så de nu alle er opbygget efter samme skabelon og terminologi.

Sundhedsberedskabsplanen er Region Hovedstadens operative plan for den samlede krisestyringsorganisation i Region Hovedstaden. Planen udstikker de overordnede fælles rammer for den operative indsats, og den suppleres af lokale beredskabsplaner med bilag og action cards på regionens hospitaler og virksomheder.

Sundhedsberedskabsplanen er opbygget efter Beredskabsstyrelsens og Sundhedsstyrelsens vejledninger for området.

Inden for alle områder i planen har AMK-Vagtcentralen en central rolle som koordinerende enhed for den operative indsats på tværs af regionen.

Den Præhospital Virksomhed har også tilpasset eget beredskabsudvalg, som indenfor kort tid vil planlægge aktiviteter på området for år 2014.

Særlige hændelser

I 2013 har der foruden det daglige beredskab og driftsopgaver været en række aktiviteter og hændelser af særlig karakter for det præhospital indsatspersonale, regionens AMK-Vagtcentral og det samlede regionale sundhedsberedskab. Dette er typisk udtrykninger med flere ambulancer og akutlægebiler til større trafikulykker, til standby ved brandsteder og ved sikkerhedslandinger i Københavns Lufthavn og tilsvarende.

Regionens akutberedskab involveres desuden hvert år i forskellige arrangementer, som kræver ekstra præhospital beredskabsressourcer. Derudover har der i 2013 været en række arrangementer af kortere varighed hvor Akutberedskabet inddrages i planlægningen, som bl.a. Distortion-

festivalen i juni, Folkemødet på Bornholm i juni samt White Sensation i oktober.

Der var også beredskabshændelser som ikke kunne planlægges, fx de kraftige storme i løbet af efteråret 2013, men hvor sundhedsberedskabet indgik i samarbejde med politi og redningsberedskabet om at løse opgaverne.

Øvelser

Regionen indgår i flere koordinationsgrupper og øvelsesgrupper med andre myndigheder omkring særlige forhold af beredskabsmæssig interesse, som fx Metroen, Lufthavnen og Øresundsbron. Regionen deltager i udarbejdelsen af beredskabsplanerne foruden planlægning og gennemførelse af øvelser.

I april deltog akutberedskabet i en CBRNE-øvelse i Tårnby med fokus på radiologi og eksplosion. Der var deltagelse fra en Indsatleder Sundhed, akutlægeassistent, et ambulanceberedskab, behandlingspladsleder samt AMK-Vagtcentralen. Derudover deltog tre hospitaler i øvelsen.

Regionen indgik i efteråret 2013 i planlægningen af en stor national krisestyringsøvelse (KRISØV). KRISØV afholdes hvert andet år og øver samarbejdet og den tværgående koordination i krisestyringssystemet i Danmark. Omdrejningspunktet for KRISØV 2013 var et større koordineret cyberangreb mod Danmark.

Akutberedskabet deltog i KRISØV med AMK-Vagtcentralen og den præhospitalt kriseledelse. Derudover deltog regionens kriseledelse, flere hospitaler, Region Hovedstadens Psykiatri og It-, Mediko- og Telefoni-virksomhed. KRISØV2013 blev også anvendt til at teste regionens nye beredskabsplan. Øvelsen var en stor succes med gode læringspunkter der samles op i regionens beredskabsudvalg.

Derudover har der været afholdt øvelse ved Metrocityringen, omhandlende forgiftning med benzen-gas oplagret i jorden. Her deltog Akutberedskabet med en akutlægebil med akutlæge og akutlægeassistent. Derudover deltog et ambulanceberedskab i øvelsen.

Der har dertil været afholdt flere øvelser i forbindelse med den tværsektorielle Metro City Emergency Group (MCEG), bl.a. alarmeringsøvelser, fremkørsels/opmarchøvelser samt tilskadekomst på byggepladserne. De forskellige øvelser fortsætter til metrobyggeriet er færdiggjort, hvorefter der skiftes til almindelig drift og en endelig beredskabsplan.

På foranledning af Øresundsbro Konsortiet og øvelsesgruppen blev der den 17. september afholdt et stort planspilseminar for at afprøve beredskabsplanen under rolige forhold. Her deltog akutberedskabet med flere indsatslederuddannede læger, lægeassistenter og vagtledere fra 1-1-2 funktionen.

Patientsikkerhed og kvalitet

Kvalitetsarbejdet

I 2013 blev der i Den Præhospitale Virksomhed sat yderligere fokus på kvalitetsarbejdet og kvalitetsudvikling, idet Virksomhedens kvalitetsorganisation blev struktureret med to spor for i højere grad at sikre den tværgående koordinering og sammenhæng, og dermed understøtte kvalitetsarbejdet på det præhospitale område.

Den nye struktur af kvalitetsorganisationen inden for det præhospitale område baserer sig på et tværgående spor for hele det præhospitale område og et internt virksomhedsspor i Akutberedskabet.

Borgerklager i Akutberedskabet

Den Præhospitale Virksomhed har i 2013 for at tydeliggøre gennemsigtighed og effektivitet, udarbejdet en vejledning for håndtering af patientforløbshændelser. Denne vejledning beskriver arbejdsprocessen for håndtering af henvendelser fra eksterne instanser samt for direkte borgerklager. Herunder en beskrivelse af arbejdsprocessen, således at leverandører, medarbejdere og sagsbehandlere har helt klare retningslinjer for håndtering af klager.

I 2013 har Den Præhospitale Virksomhed modtaget i alt 83 klager for det præhospitale område. I 2012 modtog regionen til sammenligning 62 klager.

Dette skal bl.a. ses i forhold til især flere opgaver, herunder akuttelefonen og Psykiatrisk Akutberedskab, øget bevågenhed fra omgivelserne, ændret registreringspraksis samt øget aktivitet på det præhospitale område. Det vurderes fortsat at være et meget lavt tal, set i forhold til den samlede aktivitet på det akutte og præhospitale område, omfattende både 1-1-2-opkald, akuttelefonen samt al ambulance og liggende sygetransportkørsel.

Klagerne omhandler flere forskellige forhold inden for det præhospitale område, men hovedvægten af klagerne omhandler sundhedsfaglig visitation og rådgivning på 1-1-2 opkald samt ambulanceleverandørers ydelser i det præhospitale forløb.

Endvidere er der en del henvendelser, der omhandler ventetid på sygetransporter og ambulancekørsel.

Klagerne er sagsbehandlet og besvaret af Den Præhospitale Virksomhed. Såfremt klagerne har omhandlet forhold hos regionens leverandører, har Den Præhospitale Virksomhed indhentet redegørelse hos leverandøren.

Den Præhospitale Virksomhed har desuden en telefonisk hotline, som borgerne kan henvende sig på, såfremt de ønsker at kommentere oplevelser eller har spørgsmål til præhospitale forhold.

Opfølgning på og læring af klager

Enhver indkommet klage vil blive forevist den leverandør eller enhed i Den Præhospitale Virksomhed som klagen omhandler. Enhedsledelsen vil gøre den enkelte medarbejder bekendt med klagen og vil tage stilling til om læring af klagen skal foregå på individ- eller gruppeniveau.

Det er Akutberedskabets klare holdning, at der skal være åbenhed omkring indkomne klager, og der vil i 2014 være fokus på yderligere udbredelse af temaer, tendenser og ikke mindst hvilke tiltag der er foretaget for at højne kvaliteten af de præhospital ydelser.

Utilsigtede hændelser

Alle utilsigtede hændelser skal rapporteres til et nationalt rapporteringssystem. Det overordnede formål med rapporteringssystemet er at forbedre patientsikkerheden gennem indsamling, analyse og formidling af Viden om utilsigtede hændelser. Den Præhospital Virksomhed bidrager således til at rapportere utilsigtede hændelser, med henblik på, at der sker en systematisk læring, der kan medvirke til at undgå lignende situationer i fremtiden.

Den Præhospital Virksomheds risikomanagerfunktion dækkes af Enhed for Patientsikkerhed, som i samarbejde med ledelsen, ambulanceleverandørerne og de øvrige aktører, behandler de rapporterede utilsigtede hændelser.

Der er i 2013 på det præhospital område rapporteret 271 utilsigtede hændelser og startet seks kerneårsagsanalyser. Kerneårsagsanalyserne er en team-baseret og grundig analyse af en alvorlig utilsigtet hændelse. Det er en proces, hvor der systematisk indsamles og analyseres informationer om en alvorlig utilsigtet hændelse for at finde frem til de grundlæggende årsager til hændelsen, samt for at opnå læring og dermed forhindre gentagelse. En kerneårsagsanalyse vil altid munde ud i forslag til konkrete initiativer, der kan mindske risikoen for, at samme type hændelse sker igen.

De seks kerneårsagsanalyser der er foretaget i 2013 har omhandlet:

- Proaktiv kerneårsagsanalyse, 1813-funktionen
- Interhospital transport – klarlæggelse af regler og organisation.
- Ambulancetransport med færge – klarlæggelse af forudsætninger og lettere adgang til lufttransport.
- Forbedringer svarende til udstyr: LUCAS, ambulancebårer, GPS, BT-manchetter, EKG-telemedicin.
- Omdisponering af ambulancer, type B og C – klarlæggelse af regler herfor, ideelt kommunikation med rekvirent.
- Visitation af patienter ift. kompetencer og åbningstider på modtagende lokation – tilgængelighed af opdaterede regler, konference med AMK-læge.

På baggrund af analyserne er der udfærdiget handleplaner for at undgå, at lignende fejl sker igen.

Forskning og udviklingsprojekter

Med dokumentation og forskning kan den præhospital indsats forbedres målrettet. Der er mange data på det præhospital område og Den Præhospital Virksomhed satser derfor aktivt på forskning, og gerne i tværgående regionale projekter. Akutberedskabet er også i stand til at

dokumentere den præhospital indsats og får løbende henvendelser fra andre forskningsgrupper om samarbejde.

Organisering af forskningsindsatsen

Akutberedskabet har i 2013 fastlagt en politik, som danner rammen for forskningsindsatsen 2013-2015. Den organisatoriske ramme er en Forskningsstyregruppe, som under formandskab af Akutberedskabets direktør, har ansvar for at udvikle og monitorere forskningsaktiviteterne.

Dertil vil et Advisory Board blive etableret. Advisory Board skal rådgive om prioritering af forskningsområder og -projekter. Samtidig er en forskningsgruppe under udvikling, med forskere fra Akutberedskabet samt fra universiteter og andre sundhedsfaglige organisationer.

Målsætning for forsknings- og udviklingsprojekter i Akutberedskabet

Akutberedskabet har som målsætning i sin forskningsstrategi, at bidrage til, at Akutberedskabet i Region Hovedstaden er blandt de bedste og mest sammenhængende akutberedskaber i Europa.

Målet skal nås ved strategiske udvalgte partnerskaber, ved benchmarking og ved at forskningsindsatsen skal integreres i patientbehandlingen, med fokus på implementering af ændringer til gavn for patienter.

Strategiens succeskriterier angår dels benchmarking med mindst to internationale akutberedskaber og dels, at der i 2013 skal udgives mindst fem videnskabelige artikler i *peer reviewede* tidsskrifter.

Benchmarking

Akutberedskabet deltager i 2013-2014 i et Interreg projekt med Region Skåne, hvor det overordnede formål er at etablere et "Center for Hjertestop i Øresundsregionen". De to akutberedskaber arbejder bl.a. sammen om benchmarking af hvor mange hjertestop, der identificeres under 1-1-2 opkald og om mulig identificering af gennemgående træk ved opkald, hvor det ikke lykkes at identificere hjertestop.

Herudover er der drøftet benchmarkingaktiviteter med London Ambulance Service i løbet af 2014.

Videnskabelige artikler

Akutberedskabet har i 2013 publiceret 14 artikler i *peer reviewede* tidsskrifter, herunder i JAMA: the Journal of the American Medical Association, Circulation, Resuscitation, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine mv.

Forskningsprojekter- og aktiviteter

Akutberedskabet har i 2013 iværksat to Ph.d. studier samt en række yderligere projekter og strategiske samarbejder. Formål med forskningsprojekterne og to Ph.d. studier gennemgås kort i nedenstående.

Ph.D.: The Copenhagen Emergency Medical Dispatch Study ved læge Thea Palsgaard Møller

Projektet skal undersøge befolkningens adgang til akuthjælp via 1-1-2-opkald, henvendelsesmønstre for forskellige befolkningsgrupper og dermed også barrierer for ensartet og hurtig hjælp. Projektets resultater integreres i

udviklingen af Akutberedskabets og samfundets organisering af akuthjælp, resultaterne vil dertil danne baggrund for bedre og målrettet information til borgerne om adgangen til akuthjælp.

Ph.D.: Patterns in patient behaviour when Reorganizing Out of Hours Care in the Capital Region of Denmark ved læge Nadia Monique Jacobsen.

Projektet undersøger lægevagtsfunktionen i forbindelse med reorganisering ved årsskiftet 2014, hvor funktionen overtages af Den Præhospital Virksomhed. Projektets forskningsspørgsmål er ”Hvordan sikres produktivitet og kontinuitet i behandling når lægevagten integreres i et enstrengt akutsystem på døgnbasis”. Der vil blive fokuseret på ændring i henvendelsesmønstre og organisering af funktionen.

Øvrige Ph.d. og forskningsprojekter:

Akutberedskabet er partner i yderligere to Ph.d. projekter:

- Significant parameters predicting survival and successful post-resuscitation care for patients suffering from out-of-hospital cardiac arrest ved læge Helle Søholm
- Cardiac arrest outside hospital – bystander resuscitation attempts and survival - a nationwide project ved læge Mads Wissenbjerg Jørgensen

Derudover er følgende forskningsprojekter igangsat:

Forskningsprojekt: Bedre identifikation af hjertestop og vejledning ved 1-1-2 opkald

Projektet skal undersøge, hvor gode Akutberedskabet er til at erkende, om der er tale om et hjertestop, når borgerne ringer 1-1-2. Ved de hjertestop som ikke bliver identificeret, vil projektet undersøge om der er særlige karakteristika der gør sig gældende under selve opkaldet, med det sigte at udvikle metoden til identificering af hjertestop, så den rette hjælp kan iværksættes til gavn for borgerne.

Forskningsprojekt: Feedback til lægfolk der har givet HLR

I foråret 2013 gennemførtes et pilotprojekt, hvor sundhedsfaglige visitatorer ved AMK-Vagtcentralen gav feedback til lægfolk, som havde deltaget i et genoplivningsforsøg. Data fra 35 feedbacksamtaler med lægfolk og 8 interviews med projektdeltagerne blev analyseret efterfølgende og skal munde ud i et koncept for feedback til lægfolk som har deltaget i genoplivningsforsøg.

Forskningsprojekt: Videoobservation af hjertestop i det offentlige rum ved læge Gitte Linderoth

Projektet indsamler videooptagelser af hjertestop i det offentlige rum, med henblik på at analysere vidnernes reaktioner og handlinger før ambulancen ankommer sammenholdt med lydfilerne fra 1-1-2 opkaldene og den vejledning der udføres fra den sundhedsfaglige visitator.

Forskningsprojekt: Hvor mange pludselig uventede hjertestop er der årligt i Danmark? Ved Stud. med. Marie Bangstrup

Projektet omhandler et estimat af det reelle antal hjertestop i Region Hovedstaden.

Samarbejde med udenlandske universiteter om studieophold

I 2013 har en student fra Maastricht Universitet i Holland, gennemført et studieophold ved Den Præhospital Virksomhed, og udarbejdet en bacheloropgave om kvalitet og udbud på det præhospital område i Europa.

Projekter i pipeline

Forskningsprojekt: Patient motiver ved Ph.d. og læge Linda Huibers

Der gennemføres i 2014 et projekt, som kortlægger patienters motiver for at anvende akutte tilbud (udenfor praktiserende lægers åbningstid) samt baggrunden for, at de kontakter hhv. 1-1-2 eller øvrige tilbud. Projektet gennemføres i flere danske regioner og vil således også give indsigt i forskelle mellem regionerne efter indførelse af det enstrengede og visiterede akutsystem i Region Hovedstaden.

Økonomi

Budgetrammen for Den Præhospital Virksomhed er holdt i 2013 med et mindreforbrug på driften på 3,44 mio.kr, svarende til afvigelse på 0,6 % i forhold til budgetrammen. Regnskabet vurderes som værende tilfredsstillende.

Samlet drift:

(1000 kr.)	Budget	Forbrug	Afvigelse
I alt	582,26	578,82	3,44

2013 har regnskabsmæssigt været præget af gennemførelse af centralisering af regionale akutfunktioner, herunder ansvar for alle regionens 6 akutlægebiler, det psykiatriske akutberedskab og hospitalspraktik for ambulancebehandlere. Der er indgået samarbejdsaftaler med akuthospitalerne i regionen omkring lægebemandingen af akutlægebilerne samt driften af akutlægebilsbaserne. Dette har betydet en gradvis omlægning af udgifter fra læge konsulentløn til kontrakter med akuthospitalerne. Dette tages der højde for i budgetlægningen fra 2014 og frem.

Dertil er AMK-lægeberedskabet, som blevet driftsoverdraget i 2012, blevet styrket med henblik på døgndækkende tilstedeværelse i AMK-Vagtcentralen.

Hertil kommer opstartsudgifter til enstrengt visiteret akutsystem via Akuttelefonen 1813 efter politisk beslutning om regional varetagelse af lægevagtsfunktionerne samt opstart af visitation af borgere til akutmodtagelser og akutklinikker.

Det største udgiftsområde er altovervejende kontrakter til ambulancer og sygetransport. Her har udgifterne været holdt nogenlunde i ro.

Nedenstående tabel giver en oversigt over udvalgte hovedposter på driften.

Udvalgte hovedposter fra drift:

(1000 kr.)	Budget	Regnskab	Afvigelse
Liggende Patient Transport	51.376	50.742.678	633.643
Ambulanceområdet	390.963	395.803.520	-4.840.193
Akutlægebil og psykiatrisk akutberedskab	50.166	47.932.119	2.233.880
Løn AMK-læger	7.600	5.518.464	2.081.536

Af tabellen fremgår det at der er et merforbrug på virksomheden ambulancekontrakter. Merforbruget kan henføres til konsolidering af betalingen af variable udgifter, samt i mindre grad aktivitetspres som afspejles i en væsentlig øget opgavetid, jf. afsnittet 'Opgavetid'.

Tilskud

Af nye større tilskud kan fremhæves, at virksomheden har modtaget tilskud fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til opstart af ny akutlægebil på Bornholm. Dertil er tilskuddet til akutlægehelikopteren forlænget fra maj 2013 til efteråret 2014, som led i finanslovsforhandlingerne.

Investering

Virksomheden er i 2013 blevet samlokalisert i Ballerup med nyindrettede lokaler og it-understøttelse til bl.a. AMK-Vagtcentral og Akuttelefonen 1813 med plads til varetage af de nye funktioner i enstrengt visiteret akutsystem. Udgifter hertil har været afholdt under særskilt anlægsbevilling. Der har været et tæt projektsamarbejde med CIMT herom. Lokalerne er taget i brug medio december 2013 og bliver officielt indviet d. 30. marts 2014. Mindreforbruget kan henføres til forskydning af aktiviteter til 2014.

Akutberedskabet har endvidere foretaget en planlagt fornyelse af vognparken, herunder to nye lægebiler, samt etableret SINE-dækning på Bornholms Hospital som led i opstart af akutlægebil.

Investeringsposter:

(1000 kr.)	Budget	Forbrug	Afvigelse
Biler	1.600	1.524	76
Ombygning, lokaler	35.600	26.115	9.485
SINE	500	175	325

Ny revisor

Region Hovedstaden har i løbet af 2013 fået BDO som ny revisor. BDO har i efteråret 2013 været på uanmeldt revisionsbesøg i virksomheden med fokus på regnskab og løn. På baggrund af besøget blev retningslinjer og praksis i virksomheden generelt fundet som værende tilfredsstillende.

Rigsrevisionen

Rigsrevisionen har på eget initiativ gennemført en undersøgelse af de 5 regioners præhospital indsats i 2013. Baggrunden for undersøgelsen er, den fremtidige sygehusstrukturs skærpede krav til den præhospital indsats. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har et gennemsigtigt grundlag for at vurdere, at den sundhedsfagligt set rette hjælp sendes til borgeren til rette tid og til lavest mulige udgifter.

Rigsrevisionen fremhæver i beretningen, som blev offentliggjort januar 2014, at den præhospital indsats har gennemgået en markant udvikling og kvalificering gennem de sidste 10-15 år. Fra at være en transportservice begyndes nu avanceret behandling af borgere på skadestedet og under transporten til hospitalet.

Rigsrevisionen finder det ikke tilfredsstillende, at der i de enkelte regioner ikke er tilstrækkelig indsigt i, om borgeren får den rette hjælp og dermed heller ikke på tværs af regionerne. I forhold til dette efterlyser Rigsrevisionen efterlevelse af fælles regionale retningslinjer og egne kvalitetsparametre, samt mål for effekten af den præhospital indsats. Fra regionernes er det kommenteret, at der er et tværregionalt samarbejde med hensyn til kvalitetsudvikling og videndeling. I 2013 er der netop sat fokus på at få etableret kvalitetsmål. Hertil kommer, at alle regioner får en fælles elektronisk præhospital patientjournal i løbet af 2014.

Rigsrevisionen bemærker endvidere, at regionerne ikke har tilstrækkelig indsigt i, om den præhospital indsats tilrettelægges til lavest mulige omkostning på et monopollignende marked. Region Hovedstaden fremhæves her positivt, som den eneste region, der anvender alle relevante styringsinstrumenter herunder brug af kontroludbud og opdeling af udbudte ydelser i mindre delområder, som kan medvirke til at også mindre leverandører kan byde ind.

Region Hovedstaden fremhæves generelt med mange gode eksempler i beretningen.

Punkt nr. 6 - Sundhedsudvalgets bidrag til budgetprocessen

Bilag 1 - Side -1 af 6

Budget 2015-2018

Nr.	Mio. kr.	Politisk målsætning	Strategisk indsatsområde
SUNDHEDSOMRÅDET			
1.0 Sundhedsudvalget			
1.01	Fordanskning og bedre skiltning	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.02	Standardisering af skriftlig patientinformation	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.03	Bedre venteværelser, telefonadgang og besøgsmuligheder	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.04	Serviceadfærd	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.05	Kommunikationsfeedback	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
<i>Patientforløb</i>			
1.06	Eksistentiel og psykosocial støtte til patienter og pårørende	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
1.07	Hjemmebehandling	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
1.08	Overgangen fra barn til voksen	Høj faglig kvalitet	Sammenhængende patientforløb
<i>Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor</i>			
1.09	Indsatser i forhold til lighed i sundhed	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
1.10	De regionale kvalitetsindsatser	Høj faglig kvalitet	
1.11	Tidlig rehabilitering/genoptræning i hospitalsregi	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.12	Nye styringsinstrumenter	Høj faglig kvalitet	
<i>Patientsikkerhed i hospitalssektor og praksissektor</i>			
1.13	Træning i ikke-tekniske færdigheder	Høj faglig kvalitet	
1.14	Medicinsk udstyr	Høj faglig kvalitet	

Punkt nr. 6 - Sundhedsudvalgets bidrag til budgetprocessen

Bilag 1 - Side -2 af 6

1.15	Dialogsamtaler og kalgesager på praksisområdet	Patientens situation styrer forløbet	
	<i>Kapacitet og akutbetjening</i>		
1.16	Skanner kapacitet	Høj faglig kvalitet	
1.17	Udvidelse af Krisepsykologisk enhed	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.18	Efterfødselssamtaler tilsårbare fødende	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
2.0 Psykiatriudvalget			
2.01	Udrednings- og behandlingsret i psykiatrien	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
2.02	Visioner for fremtidens psykiatri	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
2.03	Afsnit til anbragte i surrogat	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
2.04	Pulje til samarbejde med kommuner om svage grupper	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.0 Udvalg vedrørende tværsektorielt samarbejde			
3.01	Akutte overgange fra hospital til kommune	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.02	Opsætte og drive hjertestartere i yderområder		
3.03	Sikre behandling af borgere med dobbeltdiagnoser i sektorovergang	Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
3.04	Borgere med ikke-psykotiske lidelser, som ikke kan få tilbud i distriktpspsykiatrien eller socialpsykiatrien	Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
3.05	Etablering af handicapråd		Lighed i sundhed
3.06	Den Danske Kvalitetsmodel i praksissektoren	Høj faglig kvalitet	
3.07	Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.08	Videreførelse af projekter fra 50 mio. kr. puljen		Lighed i sundhed

Punkt nr. 6 - Sundhedsudvalgets bidrag til budgetprocessen

Bilag 1 - Side -3 af 6

4.0 Erhvervs- og vækstudvalg

4.01 BIObank, frysehus og BIG DATA	Ekspansive vidensmiljøer	Forskning og samarbejde
4.02 Tidlig fase kliniske forsøg i Danmark	Ekspansive vidensmiljøer	Forskning og samarbejde
4.03 Styrket samarbejde med KU, Det Sundhedsfaglige Fakultet	Ekspansive vidensmiljøer	Forskning og samarbejde
4.04 Sund Vækst Klynge	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
4.05 Deltagelse i EU-satsning på Healthy Ageing	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
4.06 Kliniknære innovationsmiljøer og OPI pulje	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde

5.0 Miljø- og trafikudvalget

5.01 Øget ressourcegenanvendelse via ny håndtering af klinisk risikoaffald	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
5.02 Grøn drift og udvikling - bæredygtighedspulje	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling

6.0 IT- og afbureaukratiseringsudvalget

6.01 Implementering af mobility	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier og effektivisering
6.02 Driftshandlingsplan	Høj faglig kvalitet/Grøn og innovativ metropol	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier og effektivisering
6.03 Udviklingsplan - Medico	Høj faglig kvalitet	Effektivisering/Hospitalsbyggerier
6.04 Telestrategi	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier og effektivisering

Punkt nr. 6 - Sundhedsudvalgets bidrag til budgetprocessen

Bilag 1 - Side -4 af 6

6.05 Regionale og nationale strategier	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier og effektivisering
7.0 Kræftudvalget		
7.01 Øget kapacitet pga. flere kræftpatienter	Høj faglig kvalitet	
7.02 Forbedre registreringer/kodning af kræftpakkeforløbene	Høj faglig kvalitet Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
7.03 Sammenhængende forløb	Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
7.04 Tidlig opsporing	Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
7.05 Implementering af forløbsprogram for rehabilitering af kræftpatienter	Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
7.06 Afvikling af flaskehalse/understøttelse af øget målopfyldelse på kræftområdet	Høj faglig kvalitet Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
7.07 Implementering af MDT-konferencer	Høj faglig kvalitet	
8.0 Forretningsudvalget		
8.01 Kommunikation af de strategiske indsatsområder		
8.02 Permanent merbevilling på løn	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier
8.03 Reinvesteringer til understøttelse af sundhedsplatformen	Høj faglig kvalitet/Grøn innovativ metropol	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier
8.04 Windows 7	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Effektivisering

Nr.	Mio. kr.	Politisk målsætning	Strategisk indsatsområde
-----	----------	---------------------	--------------------------

REGIONAL UDVIKLING

9.0 Erhvervs- og vækststudvalget

9.01 Grønne erhvervsuddannelser	Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.02 Region Hovedstaden skaffer praktikpladser til alle unge	Grøn og innovativ metropol	ReVUS

Punkt nr. 6 - Sundhedsudvalgets bidrag til budgetprocessen

Bilag 1 - Side -5 af 6

9.03 Flere grønne jobs og iværksætteri	Grøn og innovativ metropol Ekspansive	ReVUS
9.04 Medfinansiering af erhvervsprojekter	vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.05 Mere viden og kapital til smv'er	Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.06 By- og erhvervsudvikling i Ring 3	Grøn og innovativ metropol Ekspansive	ReVUS
9.07 Fælles regionalt og kommunalt EU-kontor	vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol Ekspansive	ReVUS
9.08 Kick start af ReVus	vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol Ekspansive	ReVUS
9.09 ESS - styrket indsats	vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
10.0 Miljø og trafikudvalget		
10.1 Innovation på jordforureningsområdet	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.2 Kortlægning af jordforurening i Dragør og Tårnby Kommuner	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.3 Øget oprensningsindsats overfor jordforurening	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.4 Klimatilpasning	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.5 Genanvendelse af jord og byggematerialer	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.6 Styrket miljøbevidsthed	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.7 Mobility Management	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.8 Grøn kollektiv trafik i verdensklasse	Miljørigtig drift og udvikling	udvikling

Budgetlægningen 2015-2018

1.01 Budgetforslag: VENTET OG VELKOMMEN – SPOR 1: Fordanskning og bedre skiltning				
Fremsat af: Center for Kommunikation				
Formål og indhold Regionsrådet har vedtaget, at regionen frem til 2017 skal arbejde med det strategiske indsatsområde ”ventet og velkommen”. Formålet med arbejdet er at styrke vores service, så patienterne føler sig ventede og velkomne af hospitalet og personalet, og så de bliver mere tilfredse med deres ophold. Arbejdet er inddelt i fem spor og er stadig i udviklingsfasen, men foreløbigt lægges der op til følgende udgiftskrævende elementer fsva. spor 1 ”fordanskning og bedre skiltning”: <ol style="list-style-type: none">1. Fordanskning af afdelingsnavne på alle regionens hospitaler. (Forarbejde er udført.)2. Mål for og inspiration til parkeringsløsninger. (Dette kan give udgifter for hospitalerne, når de skal leve op til fælles mål.)3. Af fordanskningen følgende nyskiltning af samtlige patientrettede skilte i regionen, som samtidig designes, så de tager bedre højde patienter og pårørendes mulighed for at finde vej. (Det forudsættes, at hospitalerne også afsætter de fornødne ressourcer til at bistå ved nyskiltningen.) Det anslåede beløb nedenfor dækker både over etableringsomkostninger og honorar til en ekstern skiltekonsulent.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Arbejdet med ventet og velkommen er et af de ni strategiske indsatsområder.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn	-	-	-	-
Øvrig drift	-	-	-	-
Etableringsudgifter	30 mill.	30 mill.	30 mill.	-
Årsværk	-	-	-	-
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

Budgetlægningen 2015-2018

1.02 Budgetforslag: VENTET OG VELKOMMEN – SPOR 2: Standardisering af skriftlig patientinformation				
Fremsat af: Center for Kommunikation				
Formål og indhold Regionsrådet har vedtaget, at regionen frem til 2017 skal arbejde med det strategiske indsatsområde ”ventet og velkommen”. Formålet med arbejdet er at styrke vores service, så patienterne føler sig ventede og velkomne af hospitalet og personalet, og så de bliver mere tilfredse med deres ophold. Arbejdet er inddelt i fem spor og er stadig i udviklingsfasen, men foreløbigt lægges der op til følgende udgifts- og ressourcekrævende elementer fsva. spor 2 ”skriftlig patientinformation”. For at skabe kvalitet, sammenhæng og helhed i al den information, patienterne modtager lige fra indkaldelsesbrev til udskrivningsinformation, foreslås det at etablere en driftsorganisation, som producerer alle regionens patientinformationer fælles. Det er vurderingen, at dette både vil skabe bedre kvalitet for patienterne og vil give stordriftsfordele og dermed spare ressourcer for regionens hospitaler samlet set. Driftsomkostningerne kan derfor overvejes hentet på hospitalerne. Driftsorganisationen skal levere følgende: <ul style="list-style-type: none">- Produktion og udgivelse til hospitaler i samarbejde med X-media, CIMT/DUP, trykkeri, Region Hovedstadens webenhed- Udvikling af koncepter for indhold og kontekst- Grafisk konceptudvikling for layout af patientinformationer- Tværfagligt sekretariat bemandet med følgende kompetencer<ul style="list-style-type: none">o Koordinering/ledelse/målstyringo Kommunikationo Redaktiono Web-/It-styringo Sundhedsjurao Sundhedsfaglighed/ og koordinering med sundhedsfaglige råd (som leverer og kvalificerer indhold)o Viden-indsamling og forskning i brugere/målgruppe (erhvervs-phd)				
Forudsætninger for beregningerne: <ol style="list-style-type: none">1. Årsværk er eksisterende årsværk, som flyttes, bortset fra erhvervs-phd2. Udgifter til grafisk konceptudvikling og layout af udgivelser er betaling til RegionH Design og er baseret på et skøn.3. Udgifter til print-udgivelse (Reflex-bestilling fra regionslageret) er ikke medregnet i budgettet, da det foreslås som en fordelingsnøgle fordelt på hospitalerne.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Arbejdet med ventet og velkommen er et af de ni strategiske indsatsområder.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn (til erhvervs-ph.d.)	200.000	200.000	200.000	-
Øvrig drift (Layout, illustrationer, fotos korrektur, opdatering, løbende evalueringer)	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000
Etableringsudgifter (Grafisk koncept, indretning af fysiske rammer)	800.000	-	-	-
Årsværk (eksisterende – udover erhvervs-ph.d.)	7	7	7	7
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt): Sundhedskassen				

Budgetlægningen 2015-2018

1.03 Budgetforslag: VENTET OG VELKOMMEN – SPOR 3: Bedre venteværelser, telefonadgang og besøgs muligheder				
Fremsat af: Center for Kommunikation				
Formål og indhold Regionsrådet har vedtaget, at regionen frem til 2017 skal arbejde med det strategiske indsatsområde ”ventet og velkommen”. Formålet med arbejdet er at styrke vores service, så patienterne føler sig ventede og velkomne af hospitalet og personalet, og så de bliver mere tilfredse med deres ophold. Arbejdet er inddelt i fem spor og er stadig i udviklingsfasen, men foreløbigt lægges der op til følgende udgiftskrævende elementer fsva. spor 3 ”bedre venteværelser, telefonadgang og besøgs muligheder”: <ol style="list-style-type: none">1. Kvalitetssikring af venteværelser (pulje på 1,5 mil. kr. pr. år i to år, som hospitalerne kan søge til konsulentbistand og indretning samt 250.000 kr. til et inspirationsseminar og inspirationskatalog i 2015)2. Forbedring af telefonisk adgang til afdelinger og afsnit (et ressource- og udgiftstræk må påregnes på de hospitalsafdelinger, der ikke i dag lever op til de mål, der vil blive formuleret i projektet)3. Afskaffelse af begrænsninger i besøgstid (et mindre ressourcestræk på hospitalsafdelingerne må påregnes ift. at ændre informationsmateriale om besøgstider)				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Arbejdet med ventet og velkommen er et af de ni strategiske indsatsområder.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn	-	-	-	-
Øvrig drift	-	-	-	-
Etableringsudgifter (pulje + inspirationsseminar)	1.750.000 mill.	1.500.000 mill.	-	-
Årsværk	-	-	-	-
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

Budgetlægningen 2015-2018

1.04 Budgetforslag: VENTET OG VELKOMMEN – SPOR 4: Serviceadfærd				
Fremsat af: Center for Kommunikation				
Formål og indhold Regionsrådet har vedtaget, at regionen frem til 2017 skal arbejde med det strategiske indsatsområde ”ventet og velkommen”. Formålet med arbejdet er at styrke vores service, så patienterne føler sig ventede og velkomne af hospitalet og personalet, og så de bliver mere tilfredse med deres ophold. Arbejdet er inddelt i fem spor og er stadig i udviklingsfasen, men foreløbigt lægges der op til følgende udgiftskrævende elementer fsva. spor 4 ”serviceadfærd”: <ol style="list-style-type: none">1. Forbedret serviceadfærd bygges ind i lederudviklingsprogrammer (anslået pris: 500.000 kr. Herudover må et ressourcetræk på uddannelses- og kommunikationsafdelinger på hospitalerne påregnes)2. Der udvikles og tilbydes temaeftermiddage og train-the-trainer-forløb for medarbejdere og afdelinger (anslået pris: 5 mill. kr. pr. år i to år. Herudover må et ressourcetræk på uddannelses- og kommunikationsafdelinger på hospitalerne påregnes). Det kan overvejes om disse kursusmidler skal afholdes af hospitalerne selv, men det er vurderingen, at det vil være lettere at gennemføre kursusforløbene og dermed adfærdsændringerne, hvis der afsættes midler centralt.3. Der gennemføres en intern kampagne til forbedret serviceadfærd i 2015. (Anslået pris: 1,5 mill. kr.)				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Arbejdet med ventet og velkommen er et af de ni strategiske indsatsområder.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn	-	-	-	-
Øvrig drift (kursusaktivitet)	5.500.000	5.500.000	-	-
Etableringsudgifter (kampagne)	1.500.000	-	-	-
Årsværk	-	-	-	-
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

Budgetlægningen 2015-2018

1.05 Budgetforslag : VENTET OG VELKOMMEN – SPOR 5: Kommunikationsfeedback				
Fremsat af: Center for Kommunikation				
Formål og indhold Regionsrådet har vedtaget, at regionen frem til 2017 skal arbejde med det strategiske indsatsområde ”ventet og velkommen”. Formålet med arbejdet er at styrke vores service, så patienterne føler sig ventede og velkomne af hospitalet og personalet, og så de bliver mere tilfredse med deres ophold. Arbejdet er inddelt i fem spor og er stadig i udviklingsfasen, men foreløbigt lægges der op til følgende udgiftskrævende elementer fsva. spor 5 ”kommunikationsfeedback”: 1. En styrket målekultur ift. kommunikationsindsatser i regionen og på hospitalerne. Der udvikles en fælles værktøjskasse med anbefalede redskaber til kommunikationsmålinger. Nogle af redskaberne vil være stort set udgiftsneutrale, andre kræver nyinvesteringer. Der tages i nedenstående udgangspunkt i eksisterende initiativer som udbredes, kombineret med to nyindkøbte metoder. Indsatsen kræver ikke nye personaleressourcer i centre eller på hospitaler, idet arbejdet skal integreres i de nuværende kommunikationsafdelingers arbejde.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Arbejdet med ventet og velkommen er et af de ni strategiske indsatsområder.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn	-	-	-	-
Øvrig drift	247.000	247.000	247.000	247.000
Etableringsudgifter	950.000			
Årsværk	-	-	-	-
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.06 Budgetforslag:				
Patientforløb - Eksistentiel og psykosocial støtte til patienter og pårørende				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold				
For eksempel som der arbejdes med i Tværfagligt videncenter for patientstøtte på Rigshospitalet.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
Forslaget understøtter Patientens situation styrer forløbet, da centeret laver projekter der styrker patienternes evne til at håndtere deres sygdom. Og det understøtter høj faglig kvalitet, da centeret danner netværk og spreder viden om patienters oplevelser af at være syge til sundhedspersonalet.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: 1,8 mio. kr. årligt.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.07 Budgetforslag:				
Patientforløb - Hjemmebehandling				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold				
Både tiltag der vedrører udgående funktioner og telemedicin der muliggøre at patienter kan behandles i hjemmet. Eksisterende tiltag er fx børn, der får kemoterapi hjemme. Nye muligheder kunne være tiltag hvor man sender neonatale børn tidligere hjem med støtte.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
Forslaget understøtter Patientens situation styrer forløbet, da det vil gøre flere patienter i stand til at modtage behandling i eget hjem.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: Ikke kendt på nuværende tidspunkt.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.08 Budgetforslag:				
Patientforløb - Overgangen fra barn til voksen				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold				
Det kunne være drift af Ungdomsmedicinsk videntcenter på Rigshospitalet eller tiltag vedrørende specifikke patientgrupper, fx ADHD patienter.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
Forslaget understøtter Høj faglig kvalitet, da videntcenteret formidler viden om unges situation om medicin til sundhedsprofessionelle – denne viden kan desuden anvendes til at understøtte Patientens situation styrer forløbet.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: 1,7 mio. kr. årligt til Ungdomsmedicinsk videntcenter.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.09 Budgetforslag: Strategisk indsats - Lighed i sundhed				
Fremsat af: Center for Sundhed				
Formål og indhold Udvikling af områder, hvor hospitalerne kan bidrage til øget lighed i sundhed fx øget compliance ift. fremmøde blandt udsatte grupper. Disse grupper vil være: <ol style="list-style-type: none">1. Unge. I børne- og ungepolitikken, er der særligt fokus på de udfordringer, som unge står overfor også i forhold til compliance2. Lavere socialgrupper3. Multisyge, hvor det kan være svært for patienten at have lige stort fokus på flere sygdomme Etniske minoriteter, Derudover foreslås en fast forøgelse af bevillingen på 3,0 mio. kr. til socialsygeplejerskeordningen til dækning af større efterspørgsel både blandt den nuværende patientgruppe, stofmisbrugere, og til udvidelse af målgruppen til alkoholmisbrugere samt 3,5 mio. kr. i to år til udviklingsarbejde ifht lighed i sundhed Der vil blive taget udgangspunkt i eksisterende viden og initiativer på området.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Indsatser for øget lighed i sundhed fx gennem øget fremmøde til behandling og undersøgelse blandt udsatte grupper understøtter begge de politiske målsætninger om høj faglig kvalitet og patientens situation styrer forløbet, idet den samlede kvalitet af regionens behandling stiger med øget compliance og der med disse indsatser tages større udgangspunkt i patientens situation.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn	3,0	3,0	3,0	3,0
Øvrig drift	3,5	3,5		
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen		X		
Den regionale udviklingskasse		<input type="checkbox"/>		
Det sociale område		<input type="checkbox"/>		

1.10 Budgetforslag:																									
Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor: De regionale kvalitetsindsatser																									
Fremsat af: Administrativt forslag																									
Formål og indhold Det drejer sig bl.a. om: <ul style="list-style-type: none">○ Arbejdet med tidlig opsporing af forværringer og kritisk sygdom hos indlagte patienter (fx tidlig opsporing af blodforgiftning) gennem brug af redskabet Early Warning Score (EWS).○ Indsatsen for forebyggelse af infektioner, herunder antibiotikainsatsen og hygiejne, fx så man kan uddanne flere hygiejnesygeplejersker.																									
Sammenhæng til de politiske målsætninger Forslaget understøtter Høj faglig kvalitet, da det blandt andet drejer sig om at forebygge forværringer i patientens sygdom under indlæggelsen.																									
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid <table border="1"><thead><tr><th></th><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th></tr></thead><tbody><tr><td>Løn</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Øvrig drift</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Etableringsudgifter</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Årsværk</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres</p>		2015	2016	2017	2018	Løn					Øvrig drift					Etableringsudgifter					Årsværk				
	2015	2016	2017	2018																					
Løn																									
Øvrig drift																									
Etableringsudgifter																									
Årsværk																									
Evt. uddybende beskrivelse: Budgetestimat: Hygiejne, 2 mio. kr. årligt, andre kvalitetsindsatser 1,8 mio. kr. årligt med forbehold for nærmere udredning																									
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt): Sundhedskassen <input checked="" type="checkbox"/> Den regionale udviklingskasse <input type="checkbox"/> Det sociale område <input type="checkbox"/>																									

1.11 Budgetforslag:				
Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor: Tidlig rehabilitering/genoptræning i hospitalsregi				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold				
Særligt for neurologiske patienter, hvor teknologien giver nye muligheder for at starte den rehabiliterende indsats tidligere end før. Her er der en kapacitet allerede, som kan udbygges, fx gennem bedre udnyttelse af eksisterende exo-skeletter på Glostrup Hospital.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
Forslaget understøtter både Høj faglig kvalitet og Patientens situation styrer forløbet, da det sikre at rehabiliteringen for flere af de relevante patienter bliver igangsat tidligere end tilfældet er i dag.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: 1,6 mio. kr. årligt.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.12 Budgetforslag:				
Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor: Nye styringsinstrumenter				
Fremsat af: Forslag stillet af Sundhedsudvalget				
Formål og indhold				
<p>Pilotprojekt om alternative styringsinstrumenter på hospitalerne, fx kvalitetsmål eller brug af resultatløn. Styringsinstrumenter viser, hvilke forhold der prioriteres i sundhedsvæsenet og bør derfor afspejle værdier om fx kvalitet i behandlingen eller understøtte fx ambulante forløb fremfor indlæggelser.</p>				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
<p>Forslaget understøtter Høj faglig kvalitet, da en anderledes økonomisk styring kan medvirke til flere incitamenter i forhold til at prioritere kvalitet.</p>				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: 1,5 mio. kr. årligt i 2015-2017 med forbehold for nærmere udredning.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.13 Budgetforslag:				
Patientsikkerhed i hospitalssektor og praksissektor: Træning i Ikke-tekniske færdigheder				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold				
Hvor man gennem simulation træner personalet i at håndtere fx de svære akutte situationer. Ikke-tekniske færdigheder er de involverede personers kognitive og sociale færdigheder i forhold til situationsbevidsthed, beslutningstagning, samarbejde og opgavestyning.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
Forslaget understøtter Høj faglig kvalitet, ved at øge evnen til fx samarbejde og opgavestyning.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: 2 mio. kr. årligt i 2015-2018 med forbehold for nærmere udredning.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.14 Budgetforslag:				
Patientsikkerhed i hospitalssektor og praksissektor: medicinsk udstyr				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold				
Der er i dag ikke samme kontrol med brug af medicinsk udstyr, som fx implantater som der er med medicin. Det har medført en række sager fx om hofteproteser og silicone implantater. Der er behov for fokus og udvikling på området.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
Forslaget understøtter Høj faglig kvalitet, med sit fokus på øget sikkerhed for patienterne.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: 0,9 mio. kr. i 2015-2018 med forbehold for nærmere udredning.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.15 Budgetforslag:				
Patientsikkerhed i hospitalssektor og praksissektor: Dialogsamtaler og klagesager på praksisområdet				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold				
Flere klagesager medfører behov for flere ressourcer til området. Samtidig er der et ønske om at forbedre kvaliteten af dialogsamtalerne.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
Forslaget understøtter Patientens situation styrer forløbet, da der er fokus på bedre forhold omkring opfølgningen på de klager der kommer fra patienterne på praksisområdet.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: 1 mio. kr. årlig				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.16 Budgetforslag:				
Kapacitet og akutbetjening: Skanner kapacitet				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold				
Stigende aktivitet i brugen af fx PET-CT skannere medfører behov for yderligere ressourcer. Ikke kun til nye skannere, men til personale, så kapaciteten af de eksisterende skannere kan udnyttes bedre (fx aften og weekend).				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
Forslaget understøtter Høj faglig kvalitet, da nye diagnostiske muligheder ved hjælp af skannere er med til at presse skanner kapaciteten.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: 27 mio. kr. i 2015, herefter 18 mio. kr. årligt, det er uafklaret, hvor stor en del hospitalerne vil kunne dække inden for egen drift.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.17 Budgetforslag:				
Kapacitet og akutbetjening: Udvidelse af Krisepsykologisk enhed				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold				
Udvidelsen handler bl.a. om behovet for en forbedret vagtordning og et samarbejde med Den Præhospitale Virksomhed (kompetenceudvikling af personalet der), samt en ambulansfunktion for behandling af mennesker med post-traumatisk stress.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger				
Forslaget understøtter både Høj faglig kvalitet og Patientens situation styrer forløbet, da det fx drejer sig om at gøre vores akutte system bedre til at behandle/tage hånd om personer i akut krise, samt vil medføre en styrkelse af regionens beredskab på området aften og weekend.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse:				
Budgetestimat: 2 mio. kr. årligt.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			

1.18 Budgetforslag:				
Kapacitet og akutbetjening: Efterfødselssamtaler til sårbare fødende				
Fremsat af: Administrativt forslag				
Formål og indhold Rigshospitalet har gennemført et projekt (finansieret af den såkaldte 50 mio. kr. puljen) til særligt sårbare fødende. Projektet har vist gode resultater og man ønsker at videreføre det i daglig drift. Regional udbredelse er noget der kan undersøges nærmere.				
Sammenhæng til de politiske målsætninger Forslaget understøtter både Høj faglig kvalitet, og Patientens situation styrer forløbet. Det kan endvidere relateres til den strategiske indsats Lighed i sundhed og er dækket af indsatsområdet Særlig støtte til sårbare familier i Børne og ungepolitikken.				
Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid				
	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				
Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres				
Evt. uddybende beskrivelse: Budgetestimat for Rigshospitalet: 0,5 mio. kr. årligt, det udestår at afklare, hvad en regional udbredelse vil koste.				
Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):				
Sundhedskassen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Den regionale udviklingskasse	<input type="checkbox"/>			
Det sociale område	<input type="checkbox"/>			



NOTAT

Medicinsk brug af *Cannabis*

2. udgave

2014

26-02-2014
j.nr.2013113424/

Frank Bøgh Wendelbo-Madsen
fwm@dkma.dk

Overvågning af virksomheder og kvalitet
Axel Heides Gade 1
2300 København S

E-post sst@sst.dk
Web sst.dk

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Kroppens egne cannabinoider og receptorer	3
3. Viden om rusvirkninger, skadevirkninger og udbredelse af <i>Cannabis</i>	3
3.1. Hollands sundhedsministeriums oplysninger om bivirkninger ved medicinsk brug af <i>Cannabis</i>	4
4. Reglerne om <i>Cannabis</i> som euforiserende stof.....	5
4.1. Liste A – <i>Cannabis</i>	6
4.2. Liste B – THC i ren form og andre cannabinoider	7
5. Positive virkninger ved brug af medicin med aktive stoffer fra <i>Cannabis</i> . 7	
6. Reglerne om medicin, der kræver tilladelse til markedsføring (Sativex®) 9	
6.1. Tilskud til køb af Sativex®	10
7. Regler om udleveringstilladelse (Marinol® og Nabilone).....	11
7.1. Omfanget af udleveringstilladelser	12
8. Indførsel af medicin med <i>Cannabis</i> fra Holland og andre lande.....	13
9. Selvmedicinering med <i>Cannabis</i> til medicinsk brug.....	13
10. Regler i andre lande om medicinsk brug af <i>Cannabis</i>	14
10.1. Sverige.....	14
10.2. Norge.....	14
10.3. Finland.....	14
10.4. Holland.....	14
10.5. Tyskland.....	16
10.6. England.....	16
10.7. Frankrig.....	16
10.8. USA.....	17
10.8.1. Amerikanske stater med medicinsk brug af <i>Cannabis</i>	17
10.9. Uruguay.....	20
10.10. Israel.....	21
10.11. Canada.....	22
11. Sundhedsstyrelsens bemærkninger til de udenlandske erfaringer	23
12. Folketingsspørgsmål om medicinsk brug af <i>Cannabis</i>	24

1. Indledning

Hash, pot, marihuana, skunk og hasholie er nogle af de mange navne, som en række illegale produkter, der er udvundet fra planten *Cannabis sativa*, bærer.

Cannabis sativa, også kaldet almindelig hamp, er en plante af *Cannabis*-slægten i hampefamilien. Af andre typer *Cannabis* kendes også *Cannabis indica* og *Cannabis ruderalis*.¹

Cannabis har siden 1960'erne været det mest udbredte af de illegale stoffer, men der er også en lovlige medicinske side ved brugen af medicin, der indeholder nogle af de aktive stoffer, som findes i *Cannabis*.

Enkelte af de aktive stoffer, der findes i *Cannabis* (cannabinoider), kan fremstilles syntetisk, ligesom der kunstigt kan fremstilles cannabinoider, der ikke findes naturligt. Sådanne aktive stoffer kan anvendes i medicin.

I det følgende vil Sundhedsstyrelsen informere om de danske regler og erfaringer på området og i et vist omfang oplyse om regler og erfaringer fra andre lande.

2. Kroppens egne cannabinoider og receptorer

Inden for de seneste 20 år har man [forsket i de neurobiologiske virkninger af Cannabis i menneskekroppen](#). Den første cannabinoid-receptor, CB1, blev identificeret i hjernen i 1998.

En anden cannabinoid-receptor, CB2, blev identificeret i 1993. De fleste CB2-receptorer findes i celler, der indgår i immunforsvaret, hvilket tyder på, at det har en funktion i dette.

Man har desuden identificeret cannabinoider i kroppen, der kaldes for endocannabinoider. Det tyder på, at disse kan spille en rolle i forhold til oplevelse af smerter, bevægelseskontrol, sult og hukommelse.

3. Viden om rusvirkninger, skadevirkninger og udbredelse af Cannabis

Når vi i notatet kommer ind på forskellige sider af *Cannabis* til medicinsk brug, er det også relevant at komme ind på de generelle erfaringer, der findes med skadelige virkninger på mennesker ved dets brug. Det skal dog nævnes, at selvom der er en del studier i skadelige virkninger på mennesker, så er der ikke så mange studier, hvor der tages udgangspunkt i personer, der kun har modtaget *Cannabis* til medicinsk brug.

¹ Botanisk bliver planterne også betegnet med ”*Cannabis sativa* L.”, ”*Cannabis indica* Lam.” og ”*Cannabis ruderalis* Janisch.” De sidste bogstaver efter navnet er forkortelser, der henviser til den botaniker, der klassificerede planten. ”L.” står for den svenske botaniker, Carl von Linné. ”Lam.” står for den franske botaniker, Jean-Baptiste Lamarck. Janisch henviser til den russiske botaniker Dmitrij E. Janischewsky. Inden for botanikken skrives plantens navn ved videnskabelig klassifikation i kursiv, og slægtsnavnet (*Cannabis*) med stort forbogstav, mens arten (*sativa*) skrives med lille forbogstav.

Det vigtigste berusende stof i *Cannabis* er THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), men der er omkring 70 forskellige psykoaktive cannabinoider i *Cannabis*, herunder eksempelvis cannabidiol (CBD).

For så vidt angår mulige skadevirkninger af *Cannabis*-rusen, er der tale om fx risiko for angst- og panikreaktioner samt psykotiske reaktioner, forringelse af indlæringssevnen og forøgelse af risikoen for trafikulykker med videre.

For så vidt angår skadevirkningerne af den længerevarende brug, er der fx tale om risiko for afhængighed. Hvis *Cannabis* ryges er der også øget risiko for såkaldte ”rygerlunger” og formentlig også for kræft i luftvejene. Hertil kommer en øget risiko for psykisk sygdom. Desuden vil den intellektuelle og praktiske funktionsevne være konstant nedsat ved dagligt eller næsten daglig brug, og blandt andet hukommelsen og opmærksomheden vil blive forringet ved intensivt brug, der strækker sig over flere år.

Forringelse af opmærksomhed, hukommelse og motorisk koordinering kan have en negativ indvirkning på fx uddannelse, komplekse arbejdsopgaver og trafikikkerhed.

Daglig eller næsten daglig brug kan også få langtrækkende konsekvenser – også efter brugets ophør. Blandt andet unge, herunder især socialt udsatte unge, og psykisk sårbare personer, er særligt udsatte i forhold til skadevirkningerne.

Cannabis kan indtages på flere måder, herunder eksempelvis ved at spise det, gennem udtræk som te, ved inhalation via forstøver eller ved rygning. Det er mest almindeligt at ryge *Cannabis*, da rygning giver den hurtigste og bedst styrede rusvirkning. For så vidt angår den godkendte medicin på markedet med aktive stoffer fra *Cannabis*, så findes det i to former: Tabletter og mundhulespray.

Du kan læse mere om emnet og se referencer til publiceret videnskab bag det oplyste om skadevirkninger i Sundhedsstyrelsens notat, der også ligger på vores hjemmeside: [CANNABIS – den aktuelle viden om rusvirkninger, skadevirkninger og udbredelse](#). Her har vi samlet vores generelle viden på området.

Du kan også generelt læse om det danske arbejde på narkotikaområdet: [Narkotikasituationen i Danmark 2013 – Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA](#).

3.1. Hollands sundhedsministeriums oplysninger om bivirkninger ved medicinsk brug af Cannabis

I den [information](#), som det hollandske sundhedsministerium (CIBG) har udarbejdet om medicinsk anvendelse af cannabis til patienten, fremgår følgende om bivirkninger:

Generelt tåler patienter medicinsk cannabis godt. En lav dosis giver ofte tilstrækkelig lindring, hvorfor bivirkninger sjældent forekommer. Når de forekommer, så er sædvanligvis resultatet af en høj dosis eller kombineret anvendelse sammen med et stof som alkohol, der forøger bivirkningerne.

Kendte bivirkninger af medicinsk cannabis er humorændrende effekter, søvnløshed og hjertebanken. Andre effekter er: Afslapning, udbrud af latter, følelse af sult, øget følsomhed overfor opfattelsen af fx farver og musik, sløvhed og forvrænget opfattelse af tid og rum. Din reaktionstid kan også være langsommere, især i de første timer efter brug.

Hvis du tager en stor dosis, kan du blive "høj". Det er en følelse af eufori, der langsomt aftager til en følelse af tilfredshed, fred og ro. Den ændrede opfattelse kan få dig til at føle dig forvirret. Disse virkninger forsvinder normalt efter et par timer. Hvis du har en genetisk disposition for psykoser (som skizofreni) eller andre psykiske sundhedsproblemer bedes du kontakte din speciallæge før du bruger medicinsk cannabis. Du bør også kontakte din læge, hvis du er hjertepatient.

Kontinuerlig anvendelse af cannabis under graviditeten kan påvirke fosteret. Visse indholdsstoffer fra cannabis - som THC - vil ende i modermælken. Derfor er brugen af medicinsk cannabis ikke tilrådeligt under graviditet eller amning. For mere information, kan du kontakte din læge eller apotek

Rygning

Jævnlig rygning af cannabis er skadeligt for dit helbred. Røg skader lungerne og kan føre til infektion i næse, hals og lunger. Af denne grund kan rygning af medicinsk cannabis ikke anbefales. En bedre måde til at indtage cannabis er gennem en pålidelig fordamper.

Afhængighed

Afhængighed er usandsynligt med cannabis brugt som medicin. Den anbefalede dosis er normalt lavere end for rekreativ brug. Du bør være særligt opmærksom, hvis du tidligere har været afhængig. Høje doser af medicinsk cannabis taget over længere tid kan føre til afhængighed. Hvis man derefter ophører med anvendelsen kan man få abstinenssymptomer som milde former for rastløshed, irritabilitet, søvnløshed og kvalme.

4. Reglerne om Cannabis som euforiserende stof

Euforiserende stoffer er i Danmark reguleret gennem [lov om euforiserende stoffer](#) og [bekendtgørelse om euforiserende stoffer](#). Efter bekendtgørelsen er euforiserende stoffer delt op i listerne A-E, der er reguleret forskelligt. Der kommer jævnligt nye stoffer på denne liste.

4.1. Liste A – Cannabis

Cannabis er omfattet af liste A, nr. 1:

1. Cannabis (hvorefter forstås alle overjordiske dele af planter tilhørende slægten Cannabis, hvorfra harpiksen ikke er fjernet. Undtaget er dog frugter af hampeplanten (hampefrø) og hampetaver i isoleret tilstand).

Det vil sige, at hampefrø og hampetaver (taver anvendes fx til hampereb) ikke er omfattet af bestemmelsen.

Efter bekendtgørelsens § 2 må euforiserende stoffer på liste A, herunder *Cannabis*, ikke findes i Danmark, medmindre Sundhedsstyrelsen har givet særlige tilladelse hertil:

§ 2. De på liste A opførte euforiserende midler må ikke forefindes her i landet, medmindre Lægemiddelstyrelsen² under ganske særlige omstændigheder og på nærmere fastsatte vilkår meddeler tilladelse dertil.

I § 2, stk. 3 er der en særlig regel om tilberedninger af *Cannabis*, der gør det muligt for Sundhedsstyrelsen at give medicin en markedsføringstilladelse, der indeholder tilberedninger af *Cannabis*:

Stk. 3. Tilberedninger af det euforiserende middel, der er opført på liste A som nr. 1, kan dog uanset stk. 1 ind- og udføres, sælges, købes, udleveres, modtages, fremstilles, forarbejdes, besiddes og anvendes i medicinsk øjemed.

Denne bestemmelse blev i 2011 indført for at gøre det muligt at give markedsføringstilladelse til Sativex® (se afsnit 3) og lignende medicin.

Bestemmelsen giver ikke fri mulighed for at fremstille, besidde, indføre eller anvende *Cannabis* generelt, da en række andre regler gælder ved siden af, herunder kravene i bekendtgørelse om euforiserende stoffer og om at medicin i Danmark skal have en markedsføringstilladelse eller en udleveringstilladelse fra Sundhedsstyrelsen efter lægemiddeloven. Bestemmelsen kræver desuden at en læge har ordineret et lægemiddel, der indeholder tilberedninger af *Cannabis* (medicinsk øjemed).

Det er altså strafbart, hvis man eksempelvis besidder, køber, sælger, ind- og udfører, forarbejder, anvender, udleverer produkter, der indeholder tilberedninger af *Cannabis*, med mindre en læge har ordineret det. En virksomhed kan dog med passende tilladelser og import- og eksportcertifikater lovligt importere, lagerføre og forhandle medicin med *Cannabis*, herunder fx Sativex®.

Hvis der er tale om *Cannabis*, der ikke er blevet tilberedt, så er det ikke omfattet af undtagelsen i § 2, stk. 3. Det betyder, at såfremt Sundhedsstyrelsen skulle kunne give markedsføringstilladelse til salg af utilberedt *Cannabis* i Danmark, vil dette kræve en ændring af bekendtgørelsen. Det

² Lægemiddelstyrelsen blev 1. marts 2012 lagt sammen med Sundhedsstyrelsen.

betyder derfor, at det er ulovligt at besidde, købe, sælge, ind- og udføre, forarbejde, anvende og udlevere *Cannabis* uden tilberedning – uanset om det måtte være ordineret af en læge. Efter § 2, stk. 1 har Sundhedsstyrelsen mulighed for at give en tilladelse, men dette kræver, at det sker under ganske særlige omstændigheder og på nærmere fastsatte vilkår.

Ved tilberedning forstås i bekendtgørelsens § 1, stk. 2:

Stk. 2. Ved tilberedninger forstås: Opløsninger, fortyndinger, ekstrakter, koncentrat, tinkturer, farmaceutiske præparater af enhver art, samt i det hele taget forarbejdninger af de pågældende stoffer og droger, hvorved der ikke er tilvejebragt kemiske ændringer af stofferne.

4.2. Liste B – THC i ren form og andre cannabinoider

Liste B indeholder en række stoffer, der kun må benyttes til medicinsk og videnskabelig brug.

Det aktive stof THC i sin rene form (eksempelvis dronabinol, som findes i Marinol®) er omfattet af liste B, pkt. 223:

223. Tetrahydrocannabinol (alle isomere af tetrahydro-6, 6,9-trimethyl-3-pentyl-6H-dibenzo(b,d)-pyran-1-ol).

En række kemiske grupper af syntetiske cannabinoider er blevet sat på liste B i 2012. Det drejer sig om følgende grupper:

- Benzoylindol (pkt. 236)
- Cyclohexylphenol (pkt. 238)
- Naphthoylindol (pkt. 239)
- Naphthoylpyrrol (pkt. 240)
- Naphthylmethylen (pkt. 241)
- Naphthylmethylinol (pkt. 242)
- Phenylacetylindol (pkt. 244)

Se mere herom i [ændringsbekendtgørelse nr. 778 fra 2012](#), hvor punkterne blev indført.

5. Positive virkninger ved brug af medicin med aktive stoffer fra Cannabis

Der er en del offentliggjort medicinsk forskning, der viser de mange negative effekter ved brug af *Cannabis* – særligt over længere perioder. Derimod er der meget lidt medicinsk forskning om de gavnlige effekter i mennesker, herunder om effekt, kvalitet og sikkerhed.

Ved godkendelsen i USA af den udvidede indikation for Marinol® blev der gennemført [et dobbeltblindet placebokontrolleret studie](#) med 139 patienter med AIDS-relateret anorexi efter vægttab. Man behandlede patienterne med 5 mg pr. dag. 13 af 72 patienter oplevede bivirkninger og fik den halve dosis dagligt. Sammenlignet med placebo var der en målbar forbedring i patienternes oplevelse af appetit, og der var tendens til højere vægt, bedre humør og nedsat kvalme.

Ved godkendelsen af Sativex® blev der gennemført [3 kliniske forsøg](#), der viste en vis effekt på den oplevelse patienter med multipel sklerose havde af færre kramper. I et af studierne, der var placebokontrolleret (kontrolgruppe får uvirksom mundhulespray) og dobbeltblindet (læge og patient ved ikke, hvem der får Sativex® eller placebo), oplevede omkring halvdelen af patienterne en vis reduktion i oplevelsen af spasticitet.

En [gennemgang af videnskabelige artikler i 2009](#) viste, at der var seks studier, der relevant havde undersøgt behandling af spasticitet ved multipel sclerose med *Cannabis*-ekstrakt med en kombination af THC og CBD. Disse viste en stor variation i effekt, men viste en tendens i forhold til at reducere spasticitet.

De hollandske erfaringer med *Cannabis* til medicinsk brug kan endnu ikke anses for at være relevant medicinsk forskning, da der blandt andet endnu ikke foreligger dobbeltblindede placebokontrollerede studier.

Over en periode på 17 år har Sundhedsstyrelsen givet tilladelse til i alt 6 kliniske forsøg med produkter, der indeholder cannabinoider, heraf er 2 aldrig startet. Tre forsøg med Marinol havde til formål at undersøge effekten på patienter med spiseværing, sclerose, nervesmerter og spasticitet. Det eneste igangværende forsøg undersøger effekten af Sativex på nervesmerter og spasticitet hos rygmærskadede.

Konklusionen på tre afsluttede forsøg var, at der er begrænset, men statistisk signifikant effekt på vægtøgning ved spiseværing og nervesmerter ved sclerose. Der kunne ikke konkluderes på spørgsmålet om effekt på spasticitet, da der var for få deltagere i forsøget.

Kliniske forsøg skal i Danmark godkendes af Sundhedsstyrelsen og af en videnskabsetisk komité. Sundhedsstyrelsen overvåger om forsøget overholder retningslinjerne for god klinisk praksis (GCP). [Læs mere om kliniske forsøg generelt](#).

Den engelske virksomhed, GW Pharmaceuticals, der har udviklet og fremstiller Sativex® oplyser på deres [hjemmeside](#), at de løbende arbejder på at udvikle nye lægemidler med *Cannabis*, og på at udvide indikationen for Sativex®. Efter virksomhedens oplysninger er de i gang med et fase 3 klinisk forsøg med Sativex® med henblik på mulig behandling af smerter hos personer med fremskreden cancer. Afhængig af, hvordan dette studie ender, kan det potentielt ende med en udvidelse af indikationen for Sativex®.

6. Reglerne om medicin, der kræver tilladelse til markedsføring (Sativex®)

For at få en tilladelse til at markedsføre en medicin i Danmark skal man blandt andet kunne vise, at medicinen har en gavnlig virkning, der er større end bivirkningerne, at det er sikkert at anvende og at medicinen har en tilstrækkelig høj og ensartet kvalitet. For at bevise disse forhold skal der blandt andet gennemføres kliniske forsøg i mennesker. Det er meget omfattende at få godkendt en medicin, og det er derfor normalt kun medicinalvirksomheder, der har resurserne til at få en tilladelse til markedsføring af medicin.

Virksomheden skal desuden ved godkendelsen udarbejde et produktresumé, der danner grundlag for en indlægsseddel til forbrugeren, der blandt andet informerer om indikation for anvendelse af medicinen, kontraindikationer og kendte bivirkninger. Sundhedsstyrelsen godkender denne efter eventuelle ændringer.

Det er vigtigt at understrege, at Sundhedsstyrelsen ikke aktivt søger at få godkendt bestemte typer af medicin, ligesom styrelsen heller ikke udfører kliniske forsøg eller medicinsk forskning for at markedsføre medicin. Udvikling af medicin sker således hos medicinalvirksomhederne og hos offentlige og private forskere.

Som udgangspunkt mener Sundhedsstyrelsen ikke, at det er en ønskværdig effekt ved et lægemiddel, at patienten får en rus. Det anser vi normalt for at være en utilsigtet bivirkning. Hvis en sådan bivirkning er større end effekten af et lægemiddel med aktive stoffer fra *Cannabis*, så er det ikke sandsynligt, at vi vil godkende en sådan medicin, hvis vi fik en ansøgning om markedsføringstilladelse.

Da vi oprindeligt fik en ansøgning om markedsføringstilladelse på produktet Sativex® forhindrede de danske regler, at det kunne godkendes. Derfor blev bekendtgørelsen om euforiserende stoffer ændret i 2011, så medicin, der indeholdt tilberedninger af *Cannabis*, kunne godkendes.

Sativex® mundhulespray er godkendt medicin baseret på et ekstrakt af *Cannabis*, der indeholder THC og cannabidiol. Den godkendte indikation lyder således:

”Sativex er indiceret som behandling med henblik på symptomforbedring hos voksne patienter med moderat til svær spasticitet på grund af multipel sklerose (MS), som ikke har responderet tilstrækkeligt på anden antispastisk medicin, og som viser klinisk signifikant forbedring i spasticitetsrelaterede symptomer under en initial afprøvning af behandlingen.”

Det er kun speciallæger i neurologi/neuromedicin, der kan udskrive recept på Sativex®.

I følgende skema findes en oversigt over ordinationer af Sativex® for årene 2011 (hvor præparatet blev godkendt) og til og med 2013:

År	Antal	DDD	Antal	DDD pr. pt.	Antal nye
	pt.		Pakninger		pt.
2011	16	911,25	27	56,95	16
2012	55	6.682,50	198	121,50	49
2013	59	7.830,00	232	132,71	34

(kilde: Statens Serums Institut – DDD er Defineret DøgnDosis)

I 2013 var der således 59 patienter, der fik udskrevet Sativex®, heraf 34 nye patienter.

Du kan læse [indlægssedlen på Sativex® på indlaegsseddel.dk](#) og du kan læse det af Sundhedsstyrelsen godkendte [produktresumé](#) med teknisk beskrivelse af produktet, herunder om indikationen. Der gives [ikke medicintilskud til Sativex®](#).

Vi har indtil videre ikke modtaget andre ansøgninger om markedsføring af medicin, der indeholder tilberedninger af *Cannabis* eller i øvrigt indeholder cannabinoider som aktive stoffer.

Læger i Danmark har mulighed for at anvende medicin uden for dets godkendte anvendelsesområde (såkaldt ”off-label” anvendelse). Det kræver at lægen grundigt og fagligt afvejer den foreliggende evidens, fordele og ulemper ved behandling med medicinen og giver en særlig information til patienten. Det gælder derfor også for speciallæger i neurologi i forhold til Sativex®, men Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med, hvor ofte det sker eller til hvilke sygdomme.

De lande, hvor Sativex® er godkendt som lægemiddel fremgår af en [hjemmeside](#) fra virksomheden GW Pharmaceuticals, der har udviklet og fremstiller lægemidlet.

6.1. Tilskud til køb af Sativex®

Vi modtog i efteråret 2001 en ansøgning om generelt tilskud til Sativex. Vi afslog at give lægemidlet generelt eller generelt klausuleret tilskud med den begrundelse, at der er nærliggende risiko for, at lægemidlet vil blive anvendt udenfor den godkendte indikation, og at lægemidlet vil blive gjort til genstand for misbrug.

Lægen kan imidlertid ansøge om enkelttilskud til den enkelte patients køb af Sativex®, og vi bevilger som hovedregel enkelttilskud til Sativex til sklerosepatienter med moderat til svær spasticitet, som har haft utilstrækkelig respons på den optimale behandling med baklofen og/eller tizanidin.

[Sativex koster](#) for tiden 5.551,55 kr. for en pakning med 3 x 10 ml mundhulespray.

7. Regler om udleveringstilladelse (Marinol® og Nabilone)

Det er muligt for læger i Danmark at ordinere medicin, hvor der ikke er en tilladelse til markedsføring i Danmark. Det sker ved, at lægen søger Sundhedsstyrelsen om udleveringstilladelse (lægemiddelovens § 29). Vi giver tilladelse til salg og udlevering i særlige tilfælde og i begrænset omfang, men det kræver, at lægen har givet en tilstrækkelig begrundelse, herunder indsendt materiale, der viser, at den ønskede medicin kan have en gavnlig virkning for den konkrete patient/konkrete indikation.

Sundhedsstyrelsen kan give en tilladelse til behandling af en enkelt patient (enkelt udleveringstilladelse), men vi kan også give den generelt til behandling af flere patienter med samme indikation (generel udleveringstilladelse).

Når vi giver en udleveringstilladelse, skal medicinen indkøbes via et apotek i Danmark. Du kan [læse mere om udleveringstilladelser generelt](#).

Sundhedsstyrelsen har givet en række udleveringstilladelser til Marinol® (dronabinol - kapsler) og til Nabilone (nabilone - kapsler).

De to ældre lægemidler Marinol® (dronabinol - kapsler) og Cesamet® (nabilone - kapsler) er begge blevet godkendt i USA i 1985 til behandling af kvalme og opkastninger efter cancertkemoterapi. Senere blev indikationsområdet for Marinol® udvidet i 1992 til også at omfatte appetitløshed og vægttab hos patienter med AIDS. (Se også afsnit 5.8.)

Marinol® og Cesamet® er næsten forældede efter de oprindeligt godkendte indikationsområder, da nyere kvalmemidler er blevet mere effektive, og AIDS wasting syndromet (hentæring, meget kraftigt vægttab) stort set er forsvundet i den vestlige verden efter indførelse af moderne antiviral terapi.

Marinol® kan fortsat anvendes efter ansøgning fra en læge, hvis de moderne midler svigter, og en række højt specialiserede danske hospitalsafdelinger (hæmatologiske og onkologiske afdelinger) har en generel udleveringstilladelse, og kan derfor frit anvende medicinen, hvis det findes lægeligt begrundet efter et konkret skøn. Derudover giver vi efter ansøgning udleveringstilladelser til behandling af enkelte patienter til Marinol® til behandling af neurogene smerter i forbindelse med dissemineret sklerose.

De engelske myndigheder har i 2009 godkendt medicinen Nabilone, der er kapsler med 1 mg nabilone (syntetisk fremstillet cannabinoid). Indikationen er kontrol af kvalme og opkastning forårsaget af kemoterapeutiske midler, der anvendes i behandlingen af kræft hos patienter, som har undladt at reagere tilstrækkeligt på konventionel behandling mod kvalme. (Se også afsnit 5.6.)

Før Sativex® blev godkendt som medicin i Danmark i 2011, har Sundhedsstyrelsen også givet udleveringstilladelse hertil.

Sundhedsstyrelsen har for nyligt modtaget en ansøgning om tilladelse til udlevering af Bedrocan. Vi afventer yderligere oplysninger i sagen.

7.1. Omfanget af udleveringstilladelser

Af følgende to tabeller fremgår antallet af udleveringstilladelser på Marinol® og Nabilone fra 2002 til december 2013, men der har også været givet udleveringstilladelser tidligere. Vi ved ikke, hvor meget hver enkelt patient har fået ordineret af lægemidlerne eller hvor mange patienter der er blevet behandlet, da de generelle udleveringstilladelser kan benyttes til flere patienter med samme lidelse og måske benyttes udleveringstilladelse til enkelt patient (enkelttilladelser) ikke pga. dødsfald eller manglende effekt.

Vi giver typisk udleveringstilladelser til enkelte patienter, der gælder enten 3 måneder eller 1 år, og generelle udleveringstilladelser giver vi for 5 år. I de følgende tal kan der altså være nogle udleveringstilladelser, som er givet på baggrund af genansøgninger af enkelttilladelser og generelle tilladelser, hvor udleveringstilladelsen er blevet forlænget.

Marinol®

	Enkelttilladelse	Generelle tilladelser
2002	23	0
2003	421	1
2004	490	22
2005	224	10
2006	141	3
2007	114	2
2008	130	9
2009	140	18
2010	188	10
2011	177	6
2012	217	18
2013 indtil d.6.12.	212	9
I alt	2.477	108

Nabilone

	Enkelttilladelse	Generelle tilladelser
2004	2	1
2005	2	2
2006	2	2
2007-2010	0	0
2011	1	0
2012	1	0
2013	1	0

(Med gyldighed på 1 år, kan der også være genansøgninger)

8. Indførsel af medicin med *Cannabis* fra Holland og andre lande

Hvis en person lovligt har fået en recept fra en læge, og derefter har fået udleveret medicin med tilberedninger af *Cannabis* til medicinsk brug til højst 30 dages personligt forbrug i Holland, eller et andet Schengen-land, så opfylder det kravene til at det lovligt kan indføres til Danmark. Det samme gælder eksempelvis, hvis en person har fået recept på og udleveret Marinol®.

Man behøver som borger ikke at have en Schengen-attest (også kaldet ”pillepas”) fra myndighederne for at få *Cannabis* til medicinsk brug med over grænsen, men det vil lette dokumentationen ved indførslen til Danmark. Schengen-konventionen giver mulighed for, at man kan medbringe medicin, der indeholder euforiserende stoffer til eget brug i en mængde, der svarer til rejsens længde, dog maksimalt 30 dage. Hvis man eksempelvis i Holland har fået en recept fra en læge, og derefter fået udfyldt en Schengen-attest fra Holland, så skal Danmark som Schengen-land acceptere dette som gyldig dokumentation.

I Danmark er det apotekerne, der udsteder Schengen-attester.

Hvis man indfører *Cannabis* uden en recept fra en læge, må man regne med at tolden vil melde sagen til politiet for overtrædelse af reglerne om euforiserende stoffer.

Læs mere [om at rejse med euforiserende stoffer](#).

9. Selvmedicinering med *Cannabis* til medicinsk brug

I medierne har der været en række artikler om enkeltpersoner, der ulovligt køber eller selv dyrker *Cannabis* for at medicinere sig selv eller deres børn med *Cannabis*, da de mener, at det har en gavnlig virkning, og ikke har fundet anden behandling, der virkede.

Sundhedsstyrelsen skal på det kraftigste fraråde, at man indtager *Cannabis* eller produkter med *Cannabis* uden ordination fra en læge. Ud over at besiddelse er ulovligt, medfører brug også en betydelig risiko for alvorlige bivirkninger (se ovenfor i kapitel 3 om rusvirkning og skadevirkning). Selvom du over tid kun indtager mindre mængder af *Cannabis*, kan det have skadelige følger. Hvis du har købt det illegalt eller selv har dyrket det ulovligt, vil indholdet af aktive stoffer i *Cannabis* være svingende, ligesom du ikke får den kvalitet, som følger med godkendt medicin.

Tal i stedet med din læge om mulighederne for behandling, og hvis der ikke er andre mulige behandlinger, så tal med din læge om eventuel behandling med Sativex® (må dog kun udskrives af speciallæger i neurologi) eller Marinol®. Hvis din læge ikke mener at disse er relevant behandling for dig, så undlad selv at indtage *Cannabis* på ulovlig vis.

Du vil på internettet kunne finde folk, der udtaler, at de har helbredt alt fra kræft til sukkersyge med eksempelvis *Cannabis*-olie, men der er intet videnskabeligt grundlag for disse påstande.

Du vil også på internettet kunne finde påstande om, at der findes lægevidenskabelig forskning for at indholdsstoffer i *Cannabis* har en helbredende effekt på kræft. Det er korrekt, at der findes studier i reagensglas (in vitro) og dyreforsøg, der viser visse lovende tegn på mulige gavnlige effekter i forhold til kræft, men der findes ingen lægevidenskabelige studier til dato, der viser at indholdsstoffer i *Cannabis* har en positiv virkning på kræft i mennesker. På den baggrund må Sundhedsstyrelsen fastholde, at der til dato ikke er evidens for at *Cannabis* kan helbrede kræft i mennesker³.

10. Regler i andre lande om medicinsk brug af *Cannabis*

Nedenstående gennemgang er særligt skrevet gennem research af en række landes myndigheders hjemmesider. I enkelte tilfælde har vi modtaget informationer fra myndighederne, og refereret til officielle myndigheders og lægemiddelvirksomheders udtalelser i internationale medier.

10.1. Sverige

Har ligesom Danmark ikke tilladt *Cannabis* til medicinsk brug. Det svenske [Läkemedelverket](#) har også godkendt Sativex® som et receptpligtigt lægemiddel i 2011.

10.2. Norge

Har ligesom Danmark ikke tilladt *Cannabis* til medicinsk brug. Det norske [Statens Legemiddelverk](#) har også godkendt Sativex® som et receptpligtigt lægemiddel i 2012.

De norske myndigheder har til os oplyst, at de har modtaget to ansøgninger fra norske læger om udleveringstilladelse på Bedrocan fra Holland. De norske myndigheder gav afslag på den ene anmodning, men gav tilladelse i det andet tilfælde efter ansøgning fra en speciallæge i neurologi.

10.3. Finland

Har ligesom Danmark ikke tilladt *Cannabis* til medicinsk brug. Det finske [FIMEA](#) har også godkendt Sativex® som et receptpligtigt lægemiddel i 2012.

10.4. Holland

I forhold til *Cannabis* til medicinsk brug har hollænderne i mere end 10 år haft en særlig ordning med mulighed for at læger kan udskrive tilberedninger af *Cannabis* i forskellige former til deres patienter.

Den hollandske stat har bedt den hollandske virksomhed Bedrocan BV om at fremstille en række produkter ud fra *Cannabis*, som læger kan ordinere til patienter, der kan købe det på et hollandsk apotek. Det drejer

³ På [Cancer Research UK](#) kan man på engelsk læse deres svar på en række spørgsmål om *Cannabis* og kræft, herunder at der ikke findes evidens for, at *Cannabis* kan helbrede kræft i mennesker, selvom der er foretaget en række interessante forsøg, blandt andet på cellekulturer.

sig om følgende *Cannabis*-produkter, hvor der er forskelligt indholdet af de to cannabinoider THC og CBD:

- Bedrocan® (evt. som Cannabis Flos) – THC på 22 procent og under 1 procent cannabidiol (CBD)
- Bedrobinol® - THC på omkring 13,5 procent og under 1 procent cannabidiol (CBD)
- Bediol® - THC på 6,3 procent og cannabidiol (CBD) på omkring 8 procent – planten er knust
- Bedica® THC på 14 procent og under 1 procent cannabidiol (CBD). Dette produkt er baseret på *Cannabis Indica*, hvor de andre er baseret på *Cannabis Sativa*.

Efter beskrivelsen af produkterne, må Sundhedsstyrelsen lægge til grund at der er tale om tilberedninger af *Cannabis* (jævnfør § 1, stk. 2 og § 2, stk. 3 i den danske bekendtgørelse om euforiserende stoffer).

Virksomheden fremstiller disse produkter fra *Cannabis*-planter, som de selv dyrker. De bruger ikke plantegifte og fjerner mikroorganismer. De fremstilles efter principper for [god landbrugspraksis](#) (Good Agricultural Practice - GAP). Produkterne indtages som te eller via inhalation – virksomheden advarer mod at ryge det. Produkterne fordeles af den hollandske virksomhed Fagron Pharmaceuticals.

[Kontoret for medicinsk cannabis](#) (Bureau voor Medicinale Cannabis – BMC), under det hollandske sundhedsministerium (CIBG), har udarbejdet [information og en liste over symptomer](#), hvor en læge kan ordinere *Cannabis* til medicinsk brug:

- Smerter og muskelspasmer eller -kramper ved multipel sclerose eller skader på rygsøjlen
- Kvalme, nedsat appetit, vægttab og svækkelse i forbindelse med kræft og AIDS
- Kvalme og opkastning forårsaget af medicin eller strålebehandling mod kræft og HIV/AIDS
- Neuropati (nervebetændelse) forårsaget fx af nerveskader, fantomsmerter, facial neuralgi eller kroniske smerter efter et angreb af helvedesild
- Tics forbundet med Tourettes syndrom
- Terapi-resistent grøn stær

BMC understreger i deres information, at denne liste ikke er resultatet af større klinisk forskning, men resultatet af observationer fra individuelle læger og patienter, der oplever gode resultater og ikke for mange bivirkninger. En hollandsk læge kan kun udskrive *Cannabis* til medicinsk brug i Holland, hvis standardbehandlingen og registreret medicin ikke virker eller giver for mange bivirkninger.

BMC understreger også, at *Cannabis* til medicinsk brug ikke kan helbrede de nævnte sygdomme, men højst lindre symptomerne eller reducere bivirkninger ved anden medicin. Listen er ikke udtømmende, da

det er op til lægen at vurdere under hvilke omstændigheder *Cannabis* til medicinsk brug kan ordineres.

Ingen af Bedrocan BV's produkter har en markedsføringstilladelse - heller ikke i Holland – det vil sige, at de ikke er godkendte som lægemidler. Bedrocan BV har ikke søgt om tilladelse til at markedsføre sine produkter i Danmark. For tiden synes der ikke at være tilstrækkelig forskning, der kan underbygge at effekten af Bedrocan BV's produkter er større end de mange kendte mulige bivirkninger ved Cannabis, ligesom det ikke er fremstillet efter god fremstillingspraksis for lægemidler, hvilket er en forudsætning for at opnå en markedsføringstilladelse.

10.5. Tyskland

Den tyske myndighed for godkendelse af medicin, [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte \(BfArM\)](#), giver i særlige tilfælde tilladelse til anvendelse af *Cannabis* til medicinsk brug. Dette sker via myndigheden "Bundesopiumstelle". Patientens læge søger via et ansøgningsskema om en sådan tilladelse. Derefter kan patienten på et tysk apotek købe *Cannabis*-produkter, som apoteket har indført fra Holland (se afsnit 5.4.).

Du kan læse deres [information til læger og patienter](#) (på tysk).

10.6. England

Har ligesom Danmark ikke tilladt *Cannabis* til medicinsk brug. Det engelske [MHRA](#) (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) har også godkendt Sativex® som et receptpligtigt lægemiddel i 2010.

Virksomheden bag Sativex, [GW Pharmaceuticals](#), der blev grundlagt i 1998, er baseret i England, hvor virksomheden har fået tilladelse til at dyrke *Cannabis*-planter et hemmeligt sted til udvikling og fremstilling af lægemidler.

MHRA har endvidere i 2009 godkendt medicinen Nabilone®, der er kapsler med 1 mg nabilone (syntetiske cannabinoid). Du kan læse [indlægsseddel](#) og [produktbeskrivelsen](#) på engelsk på MHRA's hjemmeside. Indikationen er kontrol af kvalme og opkastning forårsaget af kemoterapeutiske midler, der anvendes i behandlingen af kræft hos patienter, som ikke har reageret tilstrækkeligt på konventionel behandling mod kvalme.

10.7. Frankrig

I juni 2013 har Frankrig [ændret deres regler](#), og tilladt produktion, transport, eksport, besiddelse, tilbud, erhvervelsen eller brugen af speciel medicin, der indeholder *Cannabis* eller derivater heraf. Eventuel medicin skal godkendes af [ANSM](#) (Agence nationale de sécurité du médicament).

Herved får Frankrig også mulighed for at tillade [markedsføring af Sativex®](#).

10.8. USA

I 2004 gav den amerikanske myndighed for godkendelse af medicin, [FDA](#), et oplæg for en underkomite i kongressen i USA om den mulige anvendelse af cannabinoider i medicinsk brug. [Du kan læse oplægget på engelsk](#), og det er senest opdateret i 2009. FDA understregede, at medicin uden kendt sikkerhed, effekt og kvalitet ikke er anvendeligt for læger og patienter.

FDA har i 1985 godkendt to typer medicin, der indeholder syntetisk fremstillede cannabinoider – altså ikke udtræk fra *Cannabis*, men stoffer fremstillet syntetisk. Marinol® indeholder en syntetisk fremstillet cannabinoid, der svarer til THC, mens Cesamet® indeholder nabilone, der er en syntetisk fremstillet cannabinoid, der ikke findes naturligt, herunder ikke findes i *Cannabis*-planten.

Indikationen var behandling af kvalme og opkastninger efter cancerkemoterapi. Senere blev indikationsområdet for Marinol® udvidet i 1992 til også at omfatte appetitløshed og vægttab hos patienter med AIDS. Cesamet® er ikke blevet markedsført i USA.

FDA anførte, at de ønsker at være åbne overfor at bruge cannabinoider medicinsk i det omfang, der kommer lægevidenskabelig evidens for sikkerhed og effekt, herunder kvalitet. Der vil dog sandsynligvis ikke blive forsket i eksempelvis at ryge plantedelene, men derimod i at undersøge effekten af bestemte aktive stoffer i *Cannabis*.

En række stater har for tiden lovliggjort medicinsk anvendelsen af *Cannabis*. Det er imidlertid efter føderal lov i USA ulovligt at besidde, bruge, købe, sælge, eller dyrke *Cannabis* (her kaldet ”marihuana”) efter loven ”[Controlled Substance Act](#)”, hvor *Cannabis* er indsat som et ”Schedule I drug”, hvorefter det har et højt potentiale for misbrug og har ingen acceptabel medicinsk brug.

Ifølge [Det Hvide Hus’ hjemmeside](#) er det den nuværende amerikanske regerings udmelding, at *Cannabis* ikke vil blive lovliggjort i USA, da det vil øge adgangen til og brugen af illegale stoffer og udgøre en betydelig risiko for sundhed og sikkerhed for alle amerikanere, især unge mennesker.

10.8.1. Amerikanske stater med medicinsk brug af Cannabis

Sundhedsstyrelsen kan generelt henvise til en hjemmeside, hvor det Hvide Hus har lagt en række links ud til de forskellige amerikanske staters lokale regler om brug af *Cannabis*:

<http://www.whitehouse.gov/ondcp/state-laws-related-to-marijuana>.

Siden 1996 har i alt 20 amerikanske stater og byen Washington, DC via deres lokale lovgivninger åbnet for muligheden for at patienter i disse områder kan anvende *Cannabis* til medicinsk brug uden at blive straffet. Senest forlyder det i [pressen](#), at guvernøren i staten New York vil annoncere en ændring i statens regler for at tillade at *Cannabis* anvendes medicinsk.

Dette ændrer dog ikke på de generelle føderale regler ([Controlled Substance Act](#)), der er udstedt af den amerikanske føderale regering, hvorefter *Cannabis* er forbudt at besidde, bruge, købe, sælge, eller dyrke.

Den stedfortrædende statsadvokat under det amerikanske justitsministerium har udsendt en [vejledning til landets føderale anklagemyndigheder om håndhævelse i forhold til Cannabis](#). Det fremgår heraf, at den amerikanske kongres har fastslået, at *Cannabis* er et farligt stof, og at den illegale distribution og salget heraf er en alvorlig forbrydelse, der giver en betydelig indtægt til store kriminelle organisationer, bander og karteller. Anklagemyndigheden har imidlertid begrænsede resurser, og ønsker i lyset af, at en række stater har fastsat regler om medicinsk anvendelse af *Cannabis* at forfølge en række prioriter, herunder at undgå, at:

- Cannabis distribueres til mindreårige.
- Indtægt fra salg af *Cannabis* går til kriminelle organisationer.
- Der smugles *Cannabis* på tværs af staterne.
- Der indgår vold og skydevåben ved dyrkning og distribution af *Cannabis*.
- Der køres bil påvirket af *Cannabis*.
- Der dyrkes *Cannabis* på offentlig eller føderal mark.

Her skal nogle af de generelle forskelle og ligheder mellem reglerne fremhæves:

Nogle generelle ligheder i ordningerne:

- Læger kan ikke udskrive recept på *Cannabis* til medicinsk brug, da FDA ikke har godkendt *Cannabis* som et lægemiddel, og da der er tale om et "Schedule I drug" på "[Controlled Substance Act](#)".
- Læger kan anbefale anvendelse af *Cannabis* til en konkret patient, som de mener, at det vil gavne.
- Ordninger med *Cannabis*-identifikationskort er almindelige.
- Det er almindeligt at omsorgspersoner ("caregivers") får tillagt særlige rettigheder for at hjælpe en patient, der ønsker at indtage *Cannabis* til medicinsk brug.

Nogle generelle forskelle i ordningerne:

- Der er **juridiske forskelle** i forhold til regulering, herunder om reglerne gælder for staten, for et amt (county) eller ned på by-niveau. Flere steder kan amter og byer i den konkrete stat detailregulere medicinsk brug af *Cannabis*.
- Der er forskel på, om **lægers anbefaling** til en konkret patient for anvendelse af *Cannabis* skal være mundtlig eller skriftlig. I [Californien](#) er det underordnet. I [Alaska](#) er det et krav for at blive registreret, at en læge giver en skriftlig erklæring, der opfylder en række krav, herunder at lægen personligt har undersøgt patienten,

at patienten har en svækkende medicinsk tilstand ("debilitating medical condition"), samt at lægen har overvejet anden behandling, men har konkluderet at patienten kan få nytte af *Cannabis* til medicinsk brug.

- Der er forskellige ordninger med ***Cannabis*-identifikationskort**. Nogle steder er det frivilligt om man ønsker et sådant for at lette bevisførelsen af, at *Cannabis* er til medicinsk brug (fx [Californien](#), der har udstedt over **70.000 id-kort**). I andre stater kræves et ID-kort for at få adgang til medicinsk *Cannabis* (fx [Alaska](#)). Flere steder kan en omsorgsperson (kaldet "caregiver" og defineret lidt forskelligt fra stat til stat) også blive registreret med ID-kort og eventuelt dyrke *Cannabis* på patientens vegne (fx [Californien](#)). Der kan også sondres mellem primær og alternativ omsorgsperson. I staten [Illinois](#) kan en udpeget omsorgsperson kun have én patient tilknyttet, men i [Californien](#) kan en omsorgsperson have flere patienter tilknyttet.
- Det er forskelligt, hvor meget *Cannabis* en patient eller dennes omsorgsperson må **dyrke** til patienten. Fx i [Californien](#) har en patient ret til at dyrke 6 vokse eller 12 ikke-voksne *Cannabis*-planter. En omsorgsperson kan dyrke dette antal pr. patient, der er tilknyttet denne omsorgsperson. I [Illinois](#) kræver dyrkning og distribution af *Cannabis* til medicinsk brug særlige tilladelser, der er møntet på virksomheder.
- Det er forskelligt, hvor meget *Cannabis* en patient eller en patients omsorgsperson må **besidde**. I [Californien](#) må patienten fx som udgangspunkt besidde op til otte ounces (omkring 237 ml) af tørret *Cannabis*, og en omsorgsperson kan besidde denne mængde pr. tilknyttet patient. I staten [Illinois](#) kan en patient besidde 2,5 ounces (omkring 74 ml) over en 14-dages periode, med mindre patienten har fået en særlig tilladelse til større mængder. Patientens udpegede omsorgsperson og patienten må kun besidde op til samlet 2,5 ounces.
- Der er typisk også lidt forskellige regler om, hvor en patient **alligevel ikke må besidde eller anvende *Cannabis***. I [Illinois](#) er der fx forbud mod at besidde eller anvende *Cannabis* til medicinsk brug i skolebusser, folkeskoler, faciliteter i fængselssystemet, i en bil, offentlige steder og i nærheden af mindreårige. I [Californien](#) er det forbudt at ryge *Cannabis* til medicinsk brug indenfor 1.000 fod fra en skole eller fritids- og ungdomscenter, med mindre det foregår i et privat hjem. Det er også forbudt at ryge det på en skolebus, i en kørende bil eller sejlene båd, ligesom der er særlige regler ved prøveløsladelse.
- Der er forskelle i de **sygdomme**, der defineres som svækkende medicinsk tilstand ("debilitating medical condition"). Fx tæller listen fra staten [Illinois](#) bl.a. over Crohns sygdom, Sjøgrens syndrom, Parkinsons sygdom, Tourettes syndrom, svær fibromyalgi

og en række andre sygdomme. Listen er udtømmende, og kan opdateres efter ansøgning fra en læge. I modsætning hertil er det i [Californien](#) op til lægen selv at vurdere, om *Cannabis* må anses for at have nytte for den konkrete patient.

- Der er forskelle i reguleringen af **udsalgssteder**, der sælger *Cannabis* (såkaldte ”marijuana dispensaries”), herunder hvor de må ligge.
- Der er forskelle i **beskatning og gebyrer** ved medicinsk *Cannabis*. Fx har nogle amter og byer i Californien valgt at beskatte salg af medicinsk *Cannabis*. Byen Oakland i Alameda County i staten Californien var [et af de første eksempler på en særlig skat i Californien](#) på salg fra udsalg af *Cannabis* til medicinsk brug. I staten [Illinois](#) går overskuddet fra ordningen med medicinsk *Cannabis* til en fond med det formål at forebygge forbrydelser.

10.9. Uruguay

At anvende *Cannabis* har længe været lovligt i Uruguay, men som noget nyt har direktøren for Uruguays National Drugs Board, Julio Calzada, udtalt til [pressen](#), at der for tiden arbejdes med muligheden for at staten får fremstillet *Cannabis*, hvor staten vil styre prisen, og formentlig sætte 1 g *Cannabis* til en pris på omkring 1 dollar. Formålet er at imødegå ulovligt salg af *Cannabis* fra Paraguay, hvor kvaliteten er dårlig, og også sælges for omkring 1 dollar på gaden. *Cannabis* vil blive solgt via apoteker.

Landets præsident, José Mujica, har udtalt til [pressen](#), at det ikke handler om at være fri og åben. Det er et logisk skridt, hvor de ønsker at fjerne brugere fra illegal forretning. De forsvarer ikke *Cannabis* eller enhver anden afhængighed, men narkotikahandel er for dem blevet værre end narkotika.

Samtidig vil Uruguay gøre det lettere at forske i medicinsk brug af *Cannabis*.

INCB har ved sin formand, Raymond Yans, kritiseret Uruguays ændrede regler i en [pressemeldelse fra december 2013](#) som udtryk for et brud på FN-traktaterne. Det fremhæves, at *Cannabis* ikke bare er vanedannende, men også påvirker nogle fundamentale funktioner i hjernen, IQ-potentialet og ens akademiske og arbejdsmæssige præstation og forringer kørefærdighederne, ligesom rygning af *Cannabis* er mere kræftfremkaldende end at ryge tobak.

10.10. Israel

Gennem en årrække har patienter i Israel kunnet få en særlig tilladelse fra staten til at modtage *Cannabis* til medicinsk brug. En speciallæge kan for en patient ansøge IMCA (Israeli Medical Cannabis Agency) under det [israelske sundhedsministerium](#) om en sådan tilladelse. Cannabis dyrkes ved [8 forskellige producenter](#) i Israel, hvor den største, Tikun Olam, står for omkring 25 % af produktionen. Det koster en patient omkring 100 \$ månedligt at have en tilladelse, uanset den udleverede mængde.

I 2012 var der omkring 10.000 patienter med en [tilladelse til medicinsk brug af Cannabis](#), hvilket steg til 13.000 patienter i 2013.

I slutningen af 2013 har der i Knesset været drøftelser om at ændre reglerne, så praktiserende læger fremover kunne udskrive *Cannabis* til deres patienter.

I den forbindelse har den israelske sundhedsminister, Yeal German, været ude i [pressen](#) og oplyse, at der mangler forskning om effekt af *Cannabis* til medicinsk brug, før det er relevant at lade praktiserende læger ordinere det til patienter.

German har konsulteret læger og forskere inden for psykiatri, smerter, klinisk farmakologi, gastroenterologi og AIDS. Disse siger samstemmende, at *Cannabis* ikke er et anerkendt lægemiddel, og at der ikke findes standarder for dosering eller behandlingsmetoder. Der er begrænset forskningsmæssig viden om bivirkning, kontraindikationer, lægemiddelinteraktioner eller kontrollerede studier om effekt og skadelige virkninger af *Cannabis* til medicinsk brug. Eksperterne oplyste også, at selvom nogle patientgrupper rapporterer om lindring af deres symptomer, herunder på søvn og appetit, så kan overforbrug af *Cannabis* føre til angst, vredesudbrud og psykotiske tilfælde. Anvendelse af *Cannabis* kan også påvirke kørsel og føre til færselsuheld.

Germans talsperson har udtalt til [pressen](#), at der snarligt vil komme en række ændringer af det eksisterende system for at skabe effektivitet og transparens, herunder en hurtigere behandling af ansøgninger om anvendelse af *Cannabis* til medicinsk brug og mere information på sundhedsministerets hjemmeside om kriterier for tilladelse. Desuden forventes distribution af *Cannabis* til medicinsk brug at overgå fra distributører til apoteker.

10.11. Canada

Canadas politik om *Cannabis* til medicinsk brug er i vidt omfang påvirket af deres domstole, hvor staten i flere omgange har fået underkendt gældende lovgivning, fordi den stred mod det canadiske menneskerettigheder⁴. Staten har efter gældende regler indrettet et system med tre mulige tilladelser til:

1. Besiddelse som patient.
2. Privat dyrkning for patient.
3. Dyrkning for omsorgsperson (designated person).

Staten har fået fremstillet *Cannabis*, som den sendte med posten til patienter med en tilladelse.

Blandt andet på grund af den stigende efterspørgsel har [Canada ændret sine regler betydeligt pr. 1. april 2014](#). Det bliver således forbudt at dyrke *Cannabis* som patient, og staten ophører med deres produktion og distribution. Fremover overgår fremstilling til private virksomheder med tilladelser fra staten. Det er ikke tilladt at have forretninger med salg af *Cannabis*. Patienterne skal have *Cannabis* sendt fra virksomheden.

Besiddelse kræver ikke længere tilladelse, men kun medicinsk dokumentation eller udlevering fra sundhedspersoner fx på hospital.

For virksomheder med tilladelse kommer der til at gælde detaljerede krav til fremstillingen, herunder overholdelse af god produktionspraksis med krav til lokaler, udstyr, sikkerhed, kvalitetssystem, procedurer for tilbagekaldelse, kvalitetsansvarlig m.v. Der må højst være 30 g tørret *Cannabis* i en beholder, og der er detaljerede mærkningsregler. Der er detaljerede regler for sikker forsendelse af tørret *Cannabis*. En fremstiller kan med tilladelse importere og eksportere *Cannabis*.

Fremstiller skal inden 15 dage rapportere bivirkninger til staten som følge af deres salg af tørret *Cannabis*. Virksomheden skal årligt samle disse bivirkningsrapporter og give staten en rapport med analyser herom.

⁴ Canada har i 1982 vedtaget deres egne særlige menneskerettigheder ”[Canadian Charter of Rights and Freedoms](#)”, som giver deres domstole vidtgående muligheder for at underkende statens regler, hvis domstolene vurderer at reglerne strider mod disse rettigheder, herunder retten til liv, frihed og sikkerhed (“right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived of those rights except in accordance with the principles of fundamental justice”).

I 2000 underkendte de canadiske domstole i provinsen Ontario i sagen [R. v. Parker](#) statens regler om forbud mod besiddelse af *Cannabis* for et år. Sagen handlede om en mand med epilepsi, der lindrede sine symptomer ved at ryge *Cannabis*, som han selv dyrkede. Da loven ikke indeholdt en undtagelse for medicinsk brug af *Cannabis* fandt domstolen, at den stred imod de canadiske menneskerettigheder.

Siden da har der været en [række retssager](#), der har formet de canadiske regler om medicinsk anvendelse af *Cannabis*.

Patient eller omsorgsperson må højst besidde 150 g tørret *Cannabis* eller mindre, hvis dagligt forbrug er sat lavere af lægen - da til 30 dages forbrug.

Inden en patient kan købe tørret *Cannabis* fra en godkendt virksomhed, skal virksomheden have en række oplysninger fra patienten, herunder original medicinsk dokument om brug af *Cannabis*. Virksomheden skal tjekke gyldigheden af det medicinske dokument, herunder at lægen er godkendt.

Patienten må kun søge at blive kunde hos én fremstiller med et medicinsk dokument.

Et medicinsk dokument skal bl.a. indeholde lægens angivelse af en periode på op til et år og daglig brug af et bestemt antal gram af tørret *Cannabis* for den konkrete patient.

11. Sundhedsstyrelsens bemærkninger til de udenlandske erfaringer

Som det fremgår af ovenstående gennemgang af en række udenlandske erfaringer, så er Sativex® ved at blive godkendt som medicin i en lang række europæiske og vestlige lande. Disse lande har således godkendt et lægemiddel, der indeholder et ekstrakt fra dyrket *Cannabis*.

Ingen lande i verden har imidlertid godkendt rå cannabis som et lægemiddel. Der mangler således medicinsk evidens for effekt, sikkerhed og kvalitet, herunder kliniske forsøg i mennesker.

Enkelte lande (fx Holland, Israel og staten Californien) har gennem en længere årrække haft programmer, hvor de på trods af manglende evidens har tilbudt visse patienter cannabis til medicinsk brug. Lidt senere har lande som Canada og Tyskland gennemført lignende adgang. Landene har meget forskellige ordninger fx med hvilke læger, der kan udskrive eller anbefale medicinsk brug af *Cannabis* og hvilke symptomer og sygdomme det kan udskrives til. Disse landes erfaringer har imidlertid stadig ikke givet ny lægevidenskabelige evidens om *Cannabis*.

For øjeblikket ses en udvikling i en række stater i USA, der går i retning af at tilbyde *Cannabis* til medicinsk anvendelse. Dette er ikke tilladt efter den føderale stats regler, men der bliver i vidt omfang set igennem fingrene med overtrædelser, når den enkelte lokale stat har tilladt det.

De enkelte lande og amerikanske staters valg om at tilbyde *Cannabis* til medicinsk brug er ikke udtryk for, at man har fået ny forskning omkring de gavnlige eller skadelige effekter i mennesker, men er i højere grad udtryk for politik.

Sundhedsstyrelsen ser ikke på nuværende tidspunkt et sundhedsfagligt grundlag for at anbefale, at Danmark skulle gå i retning af at tilbyde rå *Cannabis* til medicinsk brug, herunder via anbefaling eller ordination fra en læge. Vi ser ikke grund til at fravige de almindelige regler for

godkendelse af medicin. Forhandlere af *Cannabis* må bevise, at det kan opfylde kravene til godkendelse, ligesom al anden medicin.

Efter Sundhedsstyrelsens vurdering har vi i Danmark i dag de lægemidler med aktive stoffer fra *Cannabis*, som evidensen for tiden tillader. Vi har således haft de kunstigt fremstillede cannabinoider Marinol® og Nabilone (tidligere Cesamet®) gennem en længere årrække, og disse har danske patienter haft adgang til via deres læge, der kan søge om en udleveringstilladelse hos Sundhedsstyrelsen. Fra 2011 har vi så fået godkendt Sativex® i Danmark, og vi har derved fået et ekstrakt fra dyrket *Cannabis*.

Der kører for tiden en række kliniske forsøg med Sativex®, herunder også i Danmark, ligesom der fortsat udvikles ny medicin, der indeholder aktive stoffer fra *Cannabis*. Vi må derfor regne med, at der løbende vil komme evidens, der gør, at vi bliver klogere på *Cannabis* som et lægemiddel.

12. Folketings spørgsmål om medicinsk brug af *Cannabis*

Særligt i perioden 2012-13 har der været besvaret en række folketings spørgsmål, der illustrerer den politiske interesse på område:

[Spørgsmål nr. 256](#) (Alm. del) fra 2003: Kan erfaringer fra Holland overføres til Danmark?

[Udvalgsspørgsmål 86](#) (Alm. del) fra 2012: Henvisning til artikel i norsk blad og spørgsmål til indførsel af *Cannabis* til medicinsk brug fra Holland.

[Udvalgsspørgsmål 188](#) (Alm. del) fra 2012: Indførsel af Bedrocan til Danmark.

[Udvalgsspørgsmål 189](#) (Alm. del) fra 2012: Hvorfor er Cannabis Flos fra hollandsk virksomhed ikke tilladt på recept i Danmark?

[Udvalgsspørgsmål 767](#) (Alm. del) fra 2012: Lovgivning om *Cannabis* til medicinsk brug, indikationer og ordinationsret.

[Udvalgsspørgsmål 596](#) (Alm. del) fra 2013: Spørgsmål til den tyske anvendelse af *Cannabis* til medicinsk brug efter en artikel i Bild.

[Spørgsmål nr. S 2135](#) fra 2013: Kan forskning om medicinsk brug af *Cannabis* sættes i gang i Danmark?

[Udvalgsspørgsmål 810](#) (Alm. del) fra 2013: Vil ministeren åbne for *Cannabis* til medicinsk brug eller kontrollerede forsøg herom ved epilepsi?

[Udvalgsspørgsmål 811](#) (Alm. del) fra 2013: Sundhedsstyrelsen indhenter viden og erfaringer fra udlandet om *Cannabis* til medicinsk brug.

[Udvalgsspørgsmål 212](#) (Alm. del) fra 2013: Ændringer i reglerne for at praktiserende læger kan udskrive *Cannabis* til medicinsk brug.

[Udvalgsspørgsmål 213](#) (Alm. del) fra 2013: Mulighed for at opnå markedsførings tilladelse til lægemiddel med *Cannabis*.

[Udvalgsspørgsmål 214](#) (Alm. del) fra 2013: Tilladelse til at forske i Sativex®.

[Udvalgsspørgsmål 215](#) (Alm. del) fra 2013: Tilskud til *Cannabis*-olie.

[Udvalgsspørgsmål 291](#) (Alm. del) fra 2013: De udenlandske erfaringer med *Cannabis* til medicinsk brug og brug til børn og epilepsi.

[Udvalgsspørgsmål 292](#) (Alm. del) fra 2013: Lægemidler i Danmark med *Cannabis*.

[Udvalgsspørgsmål 293](#) (Alm. del) fra 2013: Barrierer for at fremstille *Cannabis* til medicinsk brug i Danmark.

[Udvalgsspørgsmål 294](#) (Alm. del) fra 2013: Hvor mange har fået afslag på ansøgning om tilladelse til at fremstille, markedsføre og udlevere lægemidler med *Cannabis* i Danmark?

[Udvalgsspørgsmål 336](#) (Alm. del) fra 2013: Forskellene i de amerikanske staters regler om medicinsk anvendelse af *Cannabis*.

[Mundtligt spørgsmål S299](#) fra 2013: Om legalisering af *Cannabis*-olie til medicinsk brug